

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER TOULOUSE
FACULTES DE MEDECINE

ANNÉE 1975 ~ 1976

THÈSE N.º 138

ESSAI D'OBSERVATION OBJECTIVE
DE LA SYMPTOMATOLOGIE DES ETATS MIXTES

THÈSE

pour le Doctorat d'Etat en Médecine

présentée et soutenue publiquement en Décembre 1975

par

Jacqueline BATAILLE

Membres du Jury	{	M.M.	L. GAYRAL	Président
		A. BES	{	Assesseurs
		J. OULES		
		R. HURON		
		L. MILLET	Suppléant	

ESSAI D'OBSERVATION OBJECTIVE

DE LA SYMPTOMATOLOGIE DES ETATS MIXTES

THÈSE

pour le Doctorat d'Etat en Médecine

présentée et soutenue publiquement en Décembre 1975

par

Jacqueline BATAILLE

Membres du Jury	{	M.M.	L. GAYRAL	{	Président
		A. BES	Assesseurs		
		J. OULES			
		R. HURON			
			L. MILLET		Suppléant



UNIVERSITE PAUL SABATIER

118, Route de Narbonne - 31077 TOULOUSE CEDEX

Président de l'Université
1er Vice-Président
2ème Vice-Président
3ème Vice-Président Etudiant

M. LARENG
M. MATHIS
M. MARTIN
Mlle RIVEMALE

TABLEAU DU PERSONNEL DES FACULTES DE MEDECINE GROUPEES DANS L'UNIVERSITE PAUL SABATIER

HONORARIAT

Doyen honoraire
Doyen honoraire
Doyen honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire

M. CALVET
M. BRUSTIER
M. LAZORTHES
M. VALLOIS
M. TAPIE
M. DELAS
M. RISER
M. BUGNARD
M. VINCENT
M. MOREL
M. BOUISSET

Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire

M. CALMETTES
M. THOMAS
M. LAGROT
M. DESFORGES-MERIEL
M. FABRE P.
M. JAHIER
M. SENDRAIL
M. PONS
M. SOREL
M. PLANQUES
M. MARQUES

FACULTE DE MEDECINE DE PURPAN

Doyen : M. BOLLINELLI

PROFESSEURS TITULAIRES

M. ARMENGAUD	Clinique des Maladies Infectieuses
M. AUVERGNAT	Biophysique Médicale A
M. BAISSET	Physiologie Appliquée et Pharmacologie
M. BAZEX	Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
M. BASTIDE	Anatomie
M. BEC	Ophtalmologie
M. BESSOU	Physiologie
M. BOULARD	Pathologie Générale et Médecine Expérimentale
M. BROUSSY J.	Embryologie Générale
M. DALOUS	Clinique Médicale Infantile A
M. DAMBRIN	Pathologie Chirurgicale
M. DARDENNE	Clinique Médicale et Cardiologique
M. DELAUDE	Clinique de Pneumo-phtisiologie
M. DENARD	Hydrologie Thérapeutique et Climatologie
M. DUCOS	Immunologie
M. ESPAGNO J.	Neuro-Chirurgie
M. FABRE J.	Anatomie Pathologique
M. GADRAT	Clinique Médicale Sud
M. GAYRAL	Psychiatrie d'Adultes
M. GREZES-RUEFF	Médecine Légale et Médecine du Travail

FACULTE DE MEDECINE DE RANGUEIL

Doyen : M. ENJALBERT

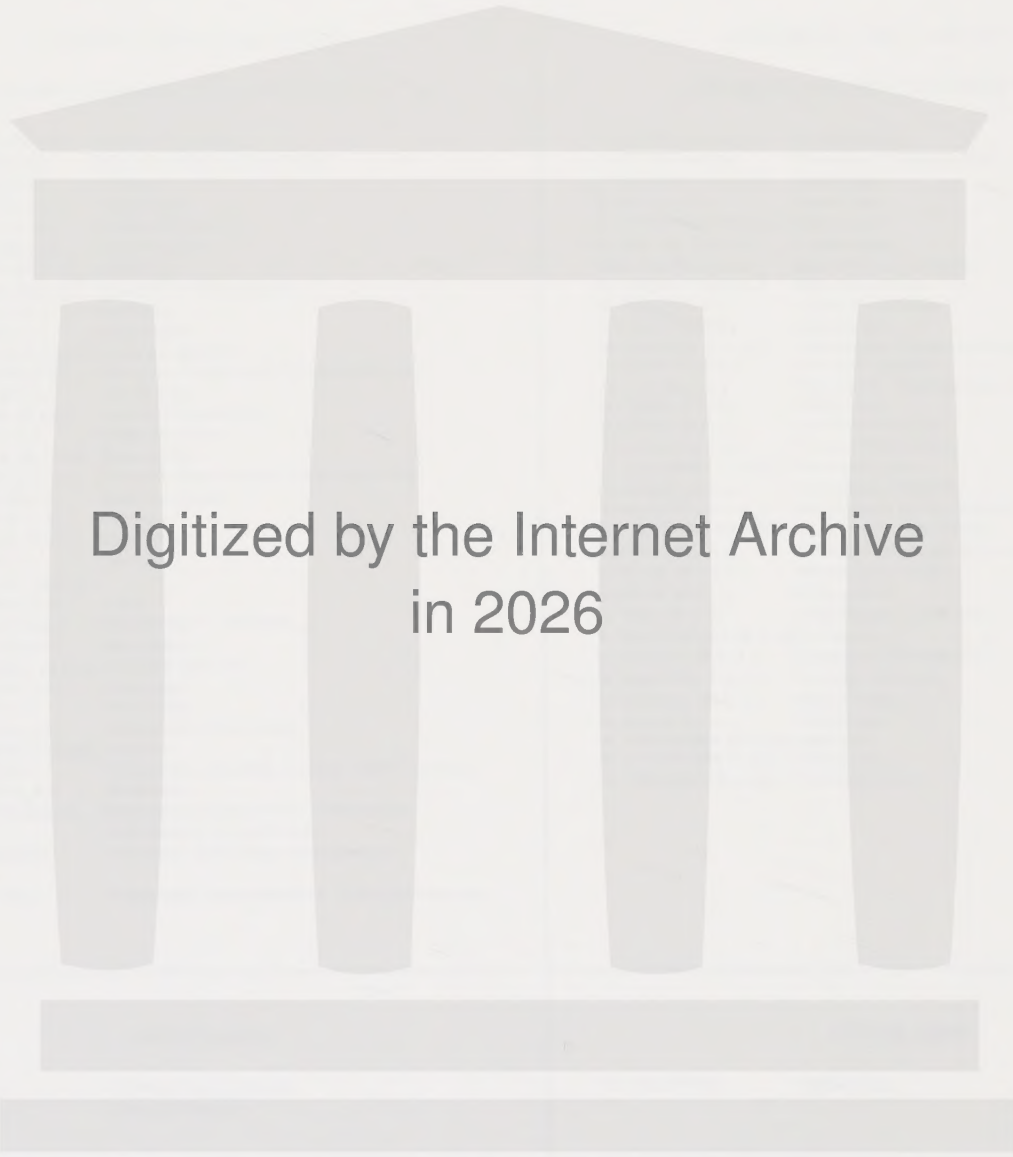
PROFESSEURS TITULAIRES

M. ARLET	Rhumatologie
M. BIERME	Hématologie
M. BIMES	Histologie
M. BOUISSOU	Anatomie Pathologique
M. BRU	Biophysique Médicale B
M. CADENAT	Clinique Stomatologique et Chirurgie Maxillo-faciale
M. CALAZEL	Cardiologie Clinique et Expérimentale
M. CLAUX	Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale
M. DARNAUD	Thérapeutique
M. DEODATI	Clinique Ophtalmologique
M. DOUSTE-BLAZY	Biochimie Médicale
M. DUPRE	Dermato-Vénérologie
Mme ENJALBERT	Bactériologie et Virologie
M. ENJALBERT	Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire
M. FICAT	Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologie
M. GEDEON	Clinique Chirurgicale
M. GERAUD	Clinique Neurologique et Psychiatrique
M. GUILHEM	Histologie
M. JUSKIEWENSKI	Anatomie Appliquée
M. LAZORTHES G.	Clinique de Neuro-chirurgie

M. GRIMAUD M. LAPORTE J. M. LARENG M. MONNIER M. MONROZIES M. PASQUIE M. PLANEL M. RASCOL M. REGNIER M. RIBAUT M. RUFFIE R. M. VALDIGUIE P.	Clinique Chirurgicale et du Cancer Sémiologie et Clinique Médicale Anesthésie et Réanimation Hygiène et Médecine Sociale Accouchement et Obstétricie Sociale Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie Biologie Médicale Neurologie Clinique Médicale Infantile B Pathologie Médicale Clinique Rhumatologique Biochimie Médicale	M. LE TALLEC M. LHEZ M. MIGUERES M. MONTASTRUC M. PONTONNIER A. M. POULHES M. ROULLEAU	Médecine Interne Cliniques des Maladies des Voies Urinaires Pneumo-Phtisiologie Physiologie Appliquée et Pharmacologie Clinique Obstétricale Clinique Chirurgicale A et Gynécologie Electro-radiologie
PROFESSEURS SANS CHAIRE (P.S.C.) MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (M.C.A.)		PROFESSEURS SANS CHAIRE (P.S.C.) MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (M.C.A.)	
M. ALBAREDE (M.C.A.) M. ARBUS (M.C.A.) M. BARTHE (M.C.A.) M. BESOMBES (M.C.A.) M. BOLLINELLI (P.S.C.) M. CATHALA (M.C.A.) M. COLOMBIES (M.C.A.) M. COMBELLES (M.C.A.) M. COMBES (P.S.C.) M. CONTE (M.C.A.) M. COSTAGLIOLA (P.S.C.) M. ESCHAPASSE (P.S.C.) M. ESTRADE (P.S.C.) M. FABRE Jean (P.S.C.) M. FEDOU (P.S.C.) M. FOURNIE A. (M.C.A.) M. GAILLARD (M.C.A.) M. GALINIER (M.C.A.) M. GHISOLFI (M.C.A.) M. GUIRAUD R. (P.S.C.) M. GUIRAUD-CHAUMEIL B. (M.C.A.) M. LACOMME (M.C.A.) Mme LARENG (P.S.C.) M. LARROUY (P.S.C.) M. LAZORTHES F. (M.C.A.) M. MANELFE (M.C.A.) M. PAGES (P.S.C.) M. PASCAL (M.C.A.) M. PONTONNIER F. (MCA) M. PRIS (M.C.A.) M. PUTOIS (M.C.A.) M. SALVADOR (M.C.A.) M. SOLEILHAVOUP (M.C.A.) M. UTHEZA (P.S.C.)	Pneumo-Phtisiologie Médecine Légale et Toxicologie Pédiatrie Physiologie Pneumo-Phtisiologie Anesthésiologie Hématologie Anatomie et Organogenèse Radiologie Néphrologie Chirurgie Générale Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire Cancérologie Anatomie Pathologique Médecine Interne Rhumatologie Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire Médecine Interne Pédiatrie Biophysique Neurologie O.R.L. Bactériologie - Virologie Parasitologie Chirurgie Générale Radiologie Physiologie Hépatogastro-Entérologie Urologie Hématologie, Maladies du Sang (option clinique) Radiologie Thérapeutique Réanimation - Rééducation Fonctionnelle et Hydrologie Histologie, Embryologie, Cytogénétique Orthopédie, Traumatologie et Chirurgie Plastique	M. BAYARD (M.C.A.) M. BECUE (M.C.A.) M. BERNADET (M.C.A.) M. BES (P.S.C.) M. BOUNHOURE (M.C.A.) M. CARTON (M.C.A.) Mme DIDIER (M.C.A.) M. DUFFAUT (M.C.A.) M. ESCAT (P.S.C.) M. FABIE (M.C.A.) M. FREXINOS (M.C.A.) M. GAUBERT (P.S.C.) M. GAY (M.C.A.) M. GERAL (P.S.C.) M. GOUZI (M.C.A.) M. JOVER (M.C.A.) M. LAZORTHES Y. (MCA) M. MORON (M.C.A.) M. OHAYON (M.C.A.) M. PONTONNIER G. (MCA) M. PUEL (M.C.A.) M. PUJOL (M.C.A.) M. REGIS (M.C.A.) M. RIBET (P.S.C.) M. ROCCHICCIOLI (M.C.A.) M. RUMEAU (M.C.A.) M. SARRAZIN (P.S.C.) M. SEQUELA (M.C.A.) M. SUC (P.S.C.) M. THOUVENOT (M.C.A.) M. VALDIGUIER (P.S.C.) M. VIRENQUE (M.C.A.)	Endocrinologie Anatomie et Organogénèse Cardiologie Neurologie Cardiologie Cancérologie Bactériologie, Virologie Médecine Interne Chirurgie Générale Stomatologie Hépatologie, Gastro-entérologie Chirurgie Infantile Orthopédie - Traumatologie et Chirurgie Plastique Physiologie Chirurgie Générale Pneumo-Phtisiologie Neuro-chirurgie Psychiatrie Infantile Immunologie (option bioclinique) Gynécologie, Obstétrique Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire Médecine du Travail Biophysique Hépatogastro-Entérologie Pédiatrie Anatomie Pathologique Chirurgie Générale Parasitologie Néphrologie Biochimie Biochimie Anesthésiologie
AGREGES LIBRES M. GLEIZES M. SOUQUET		AGREGES LIBRES M. ESPAGNO G.	
Pathologie Expérimentale Chirurgie Générale		Obstétrique	
Secrétaire Général de l'Université :		M. PRINEAU	

Liste arrêtée le 20 Mai 1975

L'Université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1891)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546616_0029

A LA MEMOIRE DE MON PERE ET DE MES GRANDS PARENTS

A MA MERE

Ce travail est l'aboutissement de vos efforts.

Qu'il soit aussi le témoignage de toute mon
affection et de ma reconnaissance.

A MA SOEUR

Tu as aimablement accepté de collaborer à ce
travail. Puisses-tu trouver ici l'assurance de mon
admiration et de mon sincère attachement.

A TOUS MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage de mon affection.

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. GAYRAL

Professeur de Psychiatrie et de Psychologie Médicale
Médecin des Hôpitaux
Membre de la Société Française de Neurologie

Nous sommes particulièrement sensible à l'honneur
que vous nous faites en acceptant de présider le
jury de cette thèse.

Nous avons bénéficié de votre enseignement au cours
de nos stages et de notre C.E.S. de Psychiatrie.

Qu'il nous soit permis de vous présenter ici
l'assurance de notre respectueuse admiration et de
notre fidèle et dévoué attachement.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur A. BES

Professeur de Neurologie
Médecin des Hôpitaux

Vous avez spontanément et aimablement accepté de
juger notre travail.

Très sensible à l'honneur que vous nous faites,
nous vous exprimons tous nos remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. OULES

Chargé de Cours de Psychologie Médicale

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Licencié ès-lettres

Diplômé d'Etudes Supérieures de Philosophie

Diplômé de Médecine Légale

Nous avons eu le privilège de profiter de vos qualités cliniques et de votre culture ; nous vous devons une très large part de notre formation psychiatrique.

Vous avez inspiré ce travail et nous avez souvent encouragée dans sa poursuite par vos messages de sympathie.

Que cette thèse qui est le fruit de notre collaboration, soit le témoignage de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HURON

Professeur de Statistiques à l'Université P. SABATIER
Médecin Attaché du Centre Hospitalier Régional
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous tenons à vous assurer, non seulement de
notre profond respect mais encore de notre
sincère reconnaissance pour avoir accepté de
siéger à notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. MILLET

Chargé de Cours de Psychiatrie

De passage dans votre service, nous gardons
le souvenir d'un maître dont la compétence
et la cordialité ont suscité notre admiration
et notre confiance.

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail..

Nous sommes heureux de pouvoir ainsi vous exprimer
notre respectueuse reconnaissance.

P L A N

ESSAI D'OBSERVATION OBJECTIVE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DES ETATS MIXTES

*
* *

I - HISTORIQUE

II - RASSEMBLEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

- Protocole d'étude
- Résultats

III - OBSERVATIONS - DESCRIPTIONS CLINIQUES

IV - DISCUSSION

1. - Place Nosographique des états mixtes
 - problème historique de leur classification
 - données cliniques récentes
2. - Influence de la thérapeutique
3. - Comparaison de cette méthode et des approches compréhensives
 - point de vue phénoménologique
 - point de vue psychanalytique

V - CONCLUSION

Si la réalité de la psychose maniaco-dépressive n'est guère contestée de nos jours, celle des états mixtes est encore l'objet de bien des controverses.

C'est à KRAEPELIN que revient le mérite incontestable de les avoir individualisés et décrits. Depuis de nombreux travaux ont été consacrés aux états mixtes ; ils paraissent pouvoir être divisés en deux groupes selon que les auteurs en admettent ou non l'existence.

Nous ne prétendons pas faire ici une revue générale complète de la question des états mixtes, ni reprendre les discussions auxquelles a donné lieu ce sujet complexe et aux limites imprécises.

Nous retracerons seulement l'évolution des idées concernant les états mixtes, envisageant successivement la position des auteurs qui ont exprimé leur opinion sur ce sujet.

Nous ferons part, ensuite, à partir de plusieurs observations d'états mixtes, de notre essai d'observation objective de la symptomatologie de ces états, à l'aide de l'Echelle Abrégée d'Appréciation Psychiatrique de P. PICHOT, J.E. OVERALL et D.R. GORHAN.

I - H I S T O R I Q U E

L'histoire des états mixtes se confond avec celle de la
psychose maniaco-dépressive ; aussi sans quitter ce point de vue
particulier, devons nous rappeler d'abord les grandes étapes qui
ont marqué l'édification de ce groupe nosologique.

Les premières descriptions des syndrômes dépressifs et maniaques remontent à l'antiquité. En effet, 80 ans avant Jésus-Christ, ARETEE de CAPPADOCE parlait déjà de cette (45) "exaltation mentale qui avive chez quelques malades les facultés de mémoire au point de les pousser à parler d'astronomie et à faire de la philosophie sans paraître avoir appris". Cet auteur avait déjà noté les relations entre les accès de manie et de mélancolie. "Les mélancoliques deviennent maniaques plutôt par les progrès que par l'intensité du mal". "Tant que le mal réside dans les hypocondres, le malade reste seulement mélancolique mais si cette cause agit sympathiquement sur le cerveau, l'excès de tristesse se change en une joie et des rires immodérés qui durent une partie de la vie".

RUFUS d'EPHESE reprit cette description et GALIEN notait que les malades deviennent taciturnes et timides lorsque l'agitation maniaque se calme.

ALEXANDRE de TRALLES par contre, avait mieux discerné l'intermittence des accès de manie et de mélancolie. Dès lors, le tableau de ces maladies resta classique et fut complété par les auteurs du Bas-Empire, par les médecins arabes et occidentaux jusqu'au 18^e siècle.

La période suivante vit les efforts de l'Ecole Française pour décrire de façon plus détaillée ces syndrômes.

PINEL dans son "Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale" admet la mutation de la mélancolie en manie et réciproquement, mais ces deux maladies n'ont pour lui que des rapports de juxtaposition et d'association.

ESQUIROL dans son traité "Des maladies mentales" écrit (45) "Il n'est pas rare de voir la manie alterner d'une manière très régulière avec la phtisie, l'hypocondrie et la lypémanie".

C'est à GRIENSINGER que l'on doit les descriptions cliniques les plus intéressantes de cette époque, en 1845 il déclarait (45) "la transition de la manie et de la mélancolie et l'alternance de ces deux formes sont très ordinaires, il n'est pas rare de voir toute la maladie consister dans un cycle de deux formes qui alternent souvent très régulièrement". Mais, il fallut attendre les travaux simultanés de FALRET (dans un mémoire sur "la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé") et BAILLARGER en 1854 (Mémoire à l'Académie de Médecine sur "La folie à double forme") pour que soient réunies en une même entité clinique la manie et la mélancolie.

MAGNAN rattachant à cette nouvelle entité clinique les cas de manie et de mélancolie récidivante en fit la folie intermittente. Depuis longtemps on avait observé l'existence d'une périodicité normale de l'humeur. PYTHAGORE et ses disciples y voyaient la puissance des nombres tandis que les astrologues croyaient y voir l'influence des astres et plus particulièrement de la lune, d'où le terme de lunatique passé dans la langue courante pour désigner les personnes d'humeur changeante.

Vers la fin du XIX^e siècle, HECKEL écrit (45) "La plupart des phénomènes cosmiques, physiques et chimiques sont soumis aux lois de la périodicité ; quoi d'étonnant que ces agents qui président à la vie terrestre

et en règlent la physiologie, aient empreint de ce rythme toutes les manifestations biologiques de notre planète ?".

C'est en se basant sur ces faits que MOREL refuse de voir dans l'intermittence une des conditions requises pour constituer une variété particulière de maladie mentale.

En 1883, le travail de RITTI consacra en France la notion d'une affection unique caractérisée par la succession de crises de manie ou de mélancolie chez un même individu.

ANTHEAUME, dans son rapport au Congrès de GENEVE (1907) isole une (4) "forme de folie dont la caractéristique principale réside dans une évolution plus ou moins régulièrement cyclique".

C'est en 1899, dans la 6^e édition de son Traité de psychiatrie, que KRAEPELIN exposa son point de vue.

La folie intermittente devint pour lui la folie maniaque-dépressive. Il fit de cette maladie une entité nosographique, il montra par une analyse subtile que la manie et la mélancolie qui à un premier examen pouvaient paraître si dissemblables, n'étaient en fait que deux expressions différentes des mêmes troubles fondamentaux. Sa conception de la maladie l'amena à récuser la manie et la mélancolie en tant que maladies autonomes. Il ne fit exception dans ses premières éditions, que pour la mélancolie d'involution sénile. Ses idées sur la psychopathologie de ces maladies l'amenèrent à décrire les "Etats Mixtes" dans lesquels on constate une

intrication des signes de la manie et de la mélancolie. Dans l'édition de 1904 de son Traité de psychiatrie, il décrit six tableaux cliniques en évoquant la possibilité de charger de signes positifs ou négatifs les trois fonctions élémentaires : intellect, affectivité, motricité.

Dès 1833 GUISLAIN, en Belgique, avait déjà entrevu l'existence de ces états et en avait donné un tableau clinique assez précis. Dans son traité des phrénopathies, il étudie la "mélancolie associée à la manie" et la décrit comme une (45) "Réunion de tristesse, de sentiments pénibles, avec un accroissement de vigueur dans les déterminations, avec un besoin toujours renaissant de quitter l'endroit où l'on se trouve, un ton plaintif avec voix forte et loquacité pleurs et agitation motrice, exagération de l'appétit". En 1852, dans ses leçons orales sur les phrénopathies, cet auteur revient sur le sujet des "états combinés".

"J'ai pu constater la mélancolie alternant avec la manie, d'autres fois, j'ai observé une fusion entre ces deux phénomènes, comprenant à la fois la tristesse et la violence".

SCHÜLE en 1886 avait de son côté décrit des formes de cyclothymie très proches des Etats Mixtes de KRAEPELIN.

Enfin, WEYGANDT, élève de KRAEPELIN décrivit des états mixtes et attira l'attention sur les cas de manie improductive qui peuvent faire porter à tort le diagnostic de démence précoce. Dans un premier travail, en 1899, il note que parmi 150 cas de folie circulaire observés à la clinique de HEIDELBERG, environ 20 % des malades avaient présenté un ou plusieurs accès de caractère mixte. La conception de cet auteur, très voisine de celle de KRAEPELIN se trouve exposée dans son manuel de psychiatrie (1903). Il

considère trois symptômes essentiels :

- l'humeur
- la psycho-motilité
- le cours des idées.

Il distingue 3 modes d'apparition des états mixtes.

- 1) Soit par variation subite, en sens contraire, d'un symptôme au cours d'un accès maniaque ou mélancolique, variation temporaire qui ne dépasse pas quelques heures ou une journée.
- 2) Soit par manifestation anticipée d'un symptôme opposé avant la transformation totale de phase maniaque en phase mélancolique, ou inversement.
- 3) Soit enfin que l'accès présente un aspect mixte dans sa totalité, ou sa plus grande partie.

Ce sont SERIEUX et CAPGRAS qui firent connaître en France les travaux de KRAEPELIN.

DENY et CAMUS font paraître en 1807 leur livre sur la psychose maniaque dépressive : ils y exposent les idées de KRAEPELIN (41) "La manie ne doit plus être considérée comme l'antithèse de la mélancolie. L'une et l'autre naissent sur un fond de dépression et débutent par des phénomènes de dépression accompagnés de douleur morale,... la manie et la mélancolie sont deux modalités réactionnelles différentes à des troubles de nature et d'origine identiques". Les auteurs vont plus loin encore, en effet, ils

étendent la notion d'état mixte à toutes les manifestations maniaco-dépressives. "Les états maniaques et dépressifs, sont, en réalité des états mixtes frustrés, les uns à prédominance maniaque, les autres à prédominance dépressive".

A cette même époque, FRANCO DA ROCHA reconnaissait la fréquence des états mixtes.

L'année suivante, REGIS au congrès de GENEVE défendait le point de vue de l'Ecole Française qui admettait toujours à côté des folies intermittentes l'existence de la manie et de la mélancolie, entités morbides bien isolées.

En 1908, DENY rangea sous le nom de cyclothymie tous les cas de P.M.D. et en fit une constitution spéciale. A propos des états mixtes, il est un peu moins absolu qu'auparavant et parle de: (45) "La fréquence beaucoup plus grande des états mixtes comparés à celle des états mélancoliques et maniaques francs".

KAHN, fit dans sa thèse, un nouvel exposé de ces idées.

Ainsi, en France, la cyclothymie devint une entité nouvelle englobant outre les cas typiques de la mélancolie, les formes frustrées subnormales ; alors qu'en Allemagne elle ne servait qu'à désigner les formes atténuées de P.M.D.

BREDEL (1910) montrait dans sa thèse les rapports de l'obsession

et de la psychose périodique, il fait remarquer que l'obsession est plutôt du domaine des états mixtes.

Elle réalise en général l'état mixte avec dépression affective et excitation motrice et psychique, analogue par conséquent à la mélancolie anxieuse.

Durant la même période, TREPSAT étudiait une forme particulière d'état mixte, la manie colèreuse et en donnait des observations.

En 1911, REMOND et VOIVENEL, reprochaient à KRAEPELIN sa conception d'Etats Mixtes qui ne représentait selon eux qu'une description purement graphique et spéculative.

CHASLIN, dans son livre classique de sémiologie mentale, déclare n'avoir jamais observé d'état véritablement mixte et leur oppose plusieurs objections :

1) Il rappelle d'abord que le trouble fondamental de la manie n'est pas l'euphorie, mais bien l'instabilité émotionnelle (fait d'ailleurs admis par KRAEPELIN) puisque la manie peut être entrecoupée d'épisodes confusionnels.

2) Il se refuse aussi à considérer la mélancolie anxieuse comme un état mixte ; cette forme particulière de la mélancolie présente une excitation et une agitation spéciales, différentes de celle de la manie.

3) Les états prétendus mixtes qu'il a eu l'occasion de voir étaient des erreurs de diagnostic ; il s'agissait selon les cas, de crises d'obsessions, de bouffées délirantes d'emblée, d'accès confusionnels, de déments précoces, etc...

4) Il se demande enfin, si ce "mélange" de symptômes existe véritablement, auquel cas, cette incohérence laisserait plutôt prévoir l'imminence d'un affaiblissement démentiel.

BLEULER et KRETSCHMER rappelèrent les idées déjà exprimées par MAGNAN et LEGRAIN en 1895 sur le rôle du facteur personnel dans les maladies mentales ; ce qui fut admis par KRAEPELIN.

KRETSCHMER, opposa deux types extrêmes qu'il appela syntonie et schizoïdie, il décrivit les types morphologiques qui selon lui, leurs correspondaient: pycnique, asthénique, athlétique et dysplasique.

CARL SCHNEIDER enfin, insistait sur la nécessité avant de porter un diagnostic de comprendre la personnalité du malade.

Négateur des états mixtes, en 1914, il argumentera sa conception dans son précis de psychiatrie (p. 304) : (45) "Pour dire qu'un maniaque est en même temps un déprimé, un mélancolique, il ne suffit pas qu'il existe chez lui un certain degré de concentration pas plus qu'il ne suffit qu'un mélancolique ait de l'excitation motrice pour qu'on puisse l'appeler aussi un maniaque. Pour qu'une telle association fût réalisée, il faudrait

que le ton affectif des deux états morbides, qui en constitue l'élément fondamental, se retrouvait à la fois chez le même sujet. Or, il n'est pas possible à un individu d'être à la fois sous la dépendance d'un psychisme de tristesse et d'un psychisme de gaieté. A la rigueur, il peut pleurer mentalement et rire mimiquement, ou l'inverse ; mais il ne peut, au même instant pleurer et rire mentalement. Il existe toutefois certains cas où ces deux dispositions cénesthésiques contraires semblent sinon coexister, du moins se suivre et l'on voit des malades qui passent, en quelque sorte constamment, du rire aux larmes et même de la gaieté à la tristesse". Il incriminera dans la genèse de ces états, l'association à la P.M.D. d'autres éléments psychopathiques tels que : la dégénérescence, la démence précoce commençante, la paralysie générale progressive, l'hystérie, les appoints toxiques ; il insiste particulièrement sur la confusion mentale qui associée à la P.M.D. crée souvent des états mixtes.

DEVAUX et LOGRE, dans leur monographie chez les anxieux (MASSON, 1917, p. 124 - 135), nient l'existence des états mixtes ; pour ces auteurs ces états relèvent soit d'erreurs de diagnostic, soit d'erreurs d'interprétation.

Dans le cas d'erreurs de diagnostic, beaucoup de ces états dépendent de la P.G., de l'hébèphrénie, des états polymorphes et de la confusion mentale, ou appartiennent à une "psychose anxieuse" exaspération d'une anxiété constitutionnelle (88) "L'intensité de l'exaltation émotive pourrait faire croire à un état hypomaniaque. La gesticulation de ces malades, leur volubilité, leurs cris, leur agitation désordonnée, parfois même leurs rires et leurs chants surprennent l'observateur qui avait souvent porté, au début

des accidents, le diagnostic de dépression mélancolique et qui en est réduit à invoquer un état mixte.

En réalité, cette excitation anxieuse n'est pas plus un signe d'hypomanie que l'abolition des réflexes, chez un polynévritique, n'est un signe de tabès. Il s'agit d'éréthisme psycho-moteur et de mentisme de nature émotive et anxieuse, comme on observe un éréthisme et un mentisme de nature neurasthénique ou confusionnelle".

Quant aux erreurs d'interprétation, elles font évoquer à tort, selon ces auteurs, le diagnostic d'état mixte au cours d'une P.M.D. authentique ; pour eux, il s'agit de ces cas de mélancolie atypique ou de manie avec anxiété.

- Mélancolie atypique dont ils évoquent trois formes.

- Mélancolie anxieuse où "l'anxiété peut susciter un état de stimulation fonctionnelle qui présente quelque ressemblance avec l'agitation maniaque".

- Mélancolie sans inhibition intellectuelle ou l'anxiété peut extérioriser des aptitudes mythomaniaques sous forme d'un délire imaginatif qui contraste avec la pauvreté et la monotonie habituelle des idées délirantes mélancoliques, pouvant évoquer une expansivité maniaque.

- La mélancolie survenant chez des sujets volubiles et exhubérants.

- La manie atypique, comportant parfois de la colère (manie furieuse), parfois l'anxiété qui peut conduire ces maniaques au suicide.

Ces états de manie anxieuse seront plus tard considérés comme un état mixte par CLAUDE et LEVY-VALENSI dans leur étude sur les états anxieux.

G. de CLERAMBAULT, admit, lui la notion d'état mixte, s'opposant ainsi en 1921, à ceux qui regardent cette conception comme "subversive". En 1923, à cette époque où déjà se multipliaient les recherches sur les dérèglements neuro-végétatifs dans les états maniaques et dépressifs, il déclarait que l'origine physiologique des états mixtes se trouve certainement dans une formule toute momentanée de l'antagonisme vago-sympathique.

La même année, LANGE, rapproche la P.M.D. des troubles du métabolisme tels que l'uricémie ou l'arthritisme et y voit un déséquilibre héréditaire. Il insista sur la non spécificité des signes catatoniques qui peuvent s'observer même chez les hommes normaux et s'observent assez souvent dans les Etats Mixtes.

Il décrivit deux sortes d'états mixtes :

- les uns durables, observés à la place d'un accès de manie ou de mélancolie franche.

- les autres transitoires représentant le passage graduel d'une

phase à l'autre de la maladie.

Cet auteur, dans le Traité de BUMKE (1928) isole du groupe, des Etats Mixtes dépressifs avec agitation, une forme qu'il nomme "dépression excitable" et il souligne que dans beaucoup de ces tableaux on rencontre des manifestations d'allure hystérique.

DERON, dans son étude sur le syndrome maniaque (1918), comme le fit SEGLAS, refusa d'admettre le premier type d'état mixte, les considérant comme des cas de manie évoluant sur le terrain spécial de la débilité mentale et de la dégénérescence. Il fit alors une critique des conceptions psychologiques qui avaient amené KRAEPELIN à décrire les états mixtes. Il leur reprocha d'être basés sur des descriptions purement statiques, alors que la transformation perpétuelle est un des symptômes même de la manie. Il admet cependant la possibilité de formes mixtes vraies, très brèves, lors de la période de transition d'une phase à l'autre, lorsque cette transformation se fait par une série d'oscillations successives.

JASPERS repousse la conception Kraepelinienne de ces états sans du reste en mettre en doute l'existence clinique. Il récuse leur décomposition en éléments d'ensemble, tels que la manie et la mélancolie et se demande "quelles sont ces composantes et comment il faut les chercher ?"

De cette revue d'ensemble ressort avant tout le caractère multiple, contradictoire et même inconciliable des opinions en présence et la complexité toute particulière de cette question des Etats Mixtes.

Depuis de nombreuses observations cliniques d'Etats Mixtes ont été publiées et les recherches cliniques faites sur ce sujet ont perpétué une définition clinique des états mixtes. Considérant qu'à partir de 1920 nous sommes dans la période contemporaine, nous continuons cette revue des travaux consacrés aux états mixtes au cours du chapitre "Discussion".

II - RASSEMBLEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Nous avons entrepris d'observer objectivement un certain nombre d'états mixtes apparus chez des malades maniaco-dépressifs.

Nous avons effectué cette étude sémiologique à l'aide de l'"Echelle Abrégée d'Appréciation Psychiatrique" ou B.P.R.S., afin de déterminer quels étaient les symptômes les plus fréquemment rencontrés chez ces malades au cours de ces états. Nous avons fait la même étude pour des accès maniaques et mélancoliques francs, afin de comparer ces résultats à ceux obtenus pour les états mixtes.

A / - METHODOLOGIE - PROTOCOLE D'ETUDE

1°) - Présentation de l'échelle d'évaluation utilisée

Cette échelle d'évaluation psychiatrique constitue une technique d'examen basée sur l'observation du comportement des malades mentaux.

Elle permet de diminuer au maximum ce que peut avoir de subjectif un entretien psychiatrique. Cette échelle se limite au comportement quotidiennement observable et ne porte pas sur les antécédents du malade.

Il s'agit d'attribuer des valeurs numériques pour indiquer la présence ou le degré d'intensité des symptômes pathologiques que présente un malade.

Cette B.P.R.S. est adaptée à la population française, il s'agit d'une "échelle de jugement à notation objective". C'est une échelle "générale" qui a pour ambition d'explorer la personnalité des sujets dans son ensemble.

Cette échelle a un intérêt au cours des études psychopharmacologiques dans le cadre d'essais thérapeutiques. Elle peut être également utilisée dans un but d'instrument diagnostic. P. PICHOT et J.E. OVERALL ont établi un parallèle entre les douze stéréotypes français et les treize stéréotypes américains permettant d'établir des profils-types dans différentes classes nosographiques.

C'est dans cette optique d'approche diagnostique que nous avons utilisé cette échelle. Pour qu'elle soit fidèle, il faut que deux observateurs examinant le même malade obtiennent les mêmes résultats en remplissant indépendamment la feuille d'évaluation.

En fait, cette précaution n'est utile qu'au début de l'utilisation de cette échelle car l'expérience clinique et l'expérience de l'échelle rendent ce contrôle inutile.

- Présentation de l'échelle B.P.R.S.

Construite par OVERALL en 1962 par analyses factorielles à partir d'un grand nombre d'items, elle a été modifiée par lui en 1966, par adjonction de deux items supplémentaires.

Cette échelle comporte dans sa forme définitive 18 items ; c'est celle que nous avons utilisée dans notre travail.

En 1967, elle a été traduite en français par PICHOT. Cette échelle est simple et connaît, de ce fait, une grande diffusion sur le plan international.

A l'aide de cette échelle, PICHOT en France et OVERALL aux U.S.A. ont fait une étude parallèle de stéréotypes diagnostiques afin d'établir des profils-types correspondant à ces stéréotypes. Ces travaux ont permis la comparaison objective entre les termes diagnostiques utilisés dans les deux pays.

En France, PICHOT a pu établir douze profils-types permettant de comparer le profil d'un malade donné à ce profil-type.

- Description de la B.P.R.S.

Chacun des 18 items est la description d'un symptôme.

Après un entretien clinique classique avec le malade, l'examineur indique si le symptôme est présent ou absent.

S'il est présent, il note son intensité. La cotation de chaque item se fait en sept points : allant de 1 (absent) à 7 (extrêmement important).

L'échelle explore la symptomatologie actuelle, elle ne tient pas compte du passé, de la biographie du sujet. Les résultats portés sur un graphique permettent de dresser un profil correspondant à un type donné.

La B.P.R.S. est donc conçue pour une appréciation rapide et concise des symptômes.

2°) - Méthodologie

Notre étude a porté sur des malades atteints de Psychose Maniaque Dépressive, hospitalisés dans le service de Psychiatrie du Centre Hospitalier de Montauban, entre Janvier 1973 et Mars 1975.

Nous n'avons utilisé pour notre étude que des malades connus du service.

Nous avons ainsi pu établir :

. 50 B.P.R.S. au cours d'accès maniaques (dans les premiers jours d'hospitalisation). Nous n'avons fait qu'une seule échelle par accès.

. 50 B.P.R.S. au cours d'accès mélancoliques (et cela dans les mêmes conditions).

En ce qui concerne les états mixtes, notre étude a porté sur des états mixtes apparus au cours du passage d'un accès maniaque à un accès mélancolique (ou inversement) et nous n'avons retenu que les cas où ce "virage" présentait un aspect mixte pendant au moins six jours.

Dans ce cas, nous avons fait une B.P.R.S. le premier et le sixième jour.

La deuxième partie de l'étude a porté sur des états mixtes de longue durée ou "accès mixtes". Dans ces cas, nous avons également fait une B.P.R.S. le premier et le sixième jour. Dix malades ont présenté des "accès mixtes", mais trois d'entre eux en ont présenté deux pendant la période de notre observation ; nous avons donc fait 26 B.P.R.S.

Au total, notre étude a porté sur 42 B.P.R.S. d'états mixtes.

B/ - RESULTATS

1°) - Etude des B.P.R.S. faites au cours d'Accès Maniaques

A partir des cinquante B.P.R.S. faites au cours d'accès maniaques, nous avons calculé la moyenne des scores obtenus pour chacun des 18 items ; nous avons donc obtenu une B.P.R.S. correspondant à la moyenne des cinquante B.P.R.S. Nous avons, à l'aide de ces résultats, tracé le profil-type des cinquante manies que nous avons observées.

- . En abscisse sont portés les 18 items de la B.P.R.S.
- . En ordonnée, les intensités caractéristiques du stéréotype.
- . Le profil-type est indiqué en trait plein et représente la moyenne obtenue à partir des cinquante observations, plus ou moins un écart-type (en pointillés).
- . L'écart-type calculé pour chaque item est égal à la racine carrée de la variance.
- . Les variances ont été calculées à l'aide du théorème de Koenig et cela pour chaque item.

$$V = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^K n_i (x_i)^2 - (\bar{x})^2$$

$\bar{x}$ = moyenne des résultats obtenus pour l'ensemble des 50 malades à chaque item

x_i = scores à chaque item.

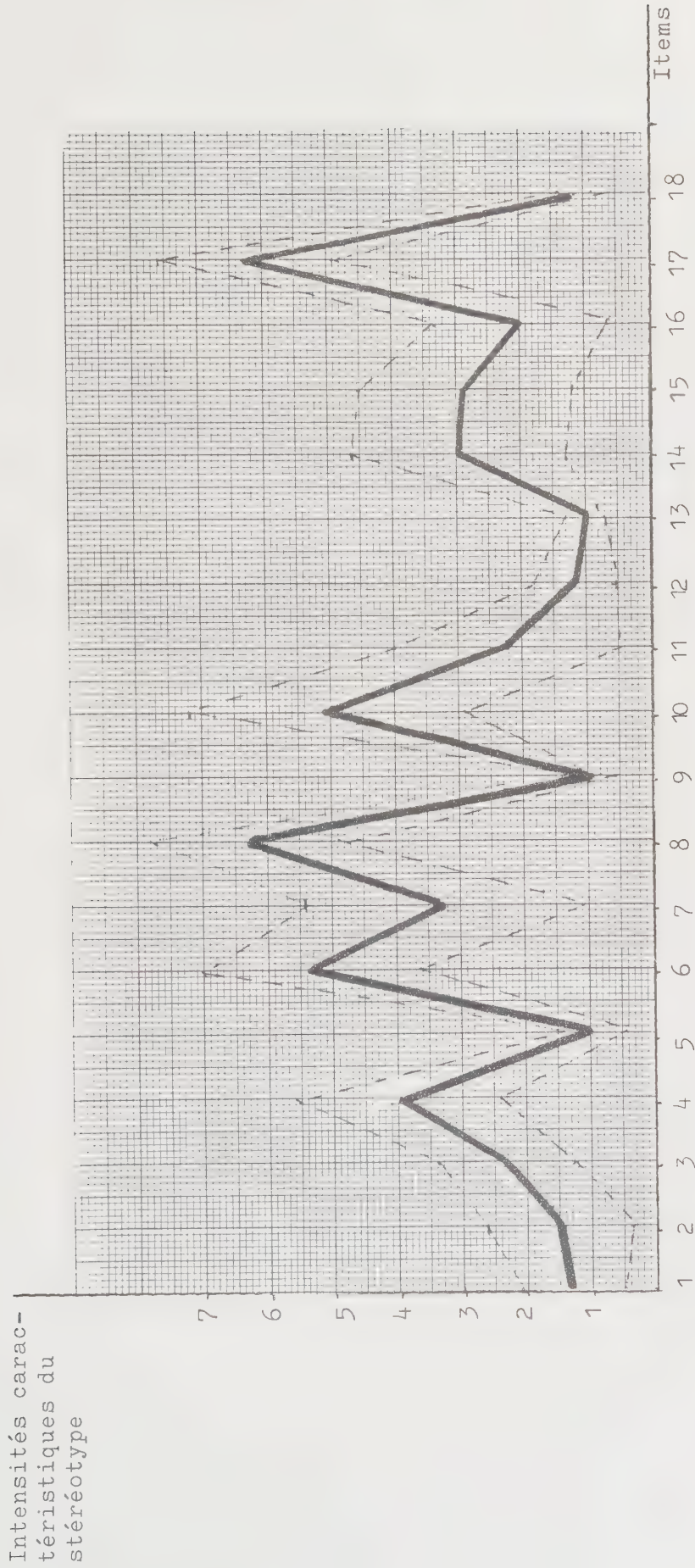
n_i = nombre de malades ayant obtenu le score x_i pour chaque item.

n = nombre de malades = 50

- MANIES -

ITEMS	MOYENNES	VARIANCES	ECARTS-TYPES
1	1,3	0,71	0,84
2	1,5	1,21	1,10
3	2,3	1,37	1,17
4	4	2,44	1,56
5	1	0,24	0,48
6	5,4	2,64	1,62
7	3,3	4,51	2,12
8	6,3	2,33	1,52
9	1	0,12	0,34
10	5,1	4,51	2,12
11	2,3	3,07	1,75
12	1,2	0,40	0,63
13	1	0,15	0,38
14	3	2,76	1,66
15	2,9	2,73	1,65
16	2	2,14	1,46
17	6,3	1,65	1,28
18	1,1	0,15	0,38

Tableau des moyennes, variances et
écarts-types obtenus pour chaque item à partir des
B.P.R.S. faites au cours de 50 accès maniaques

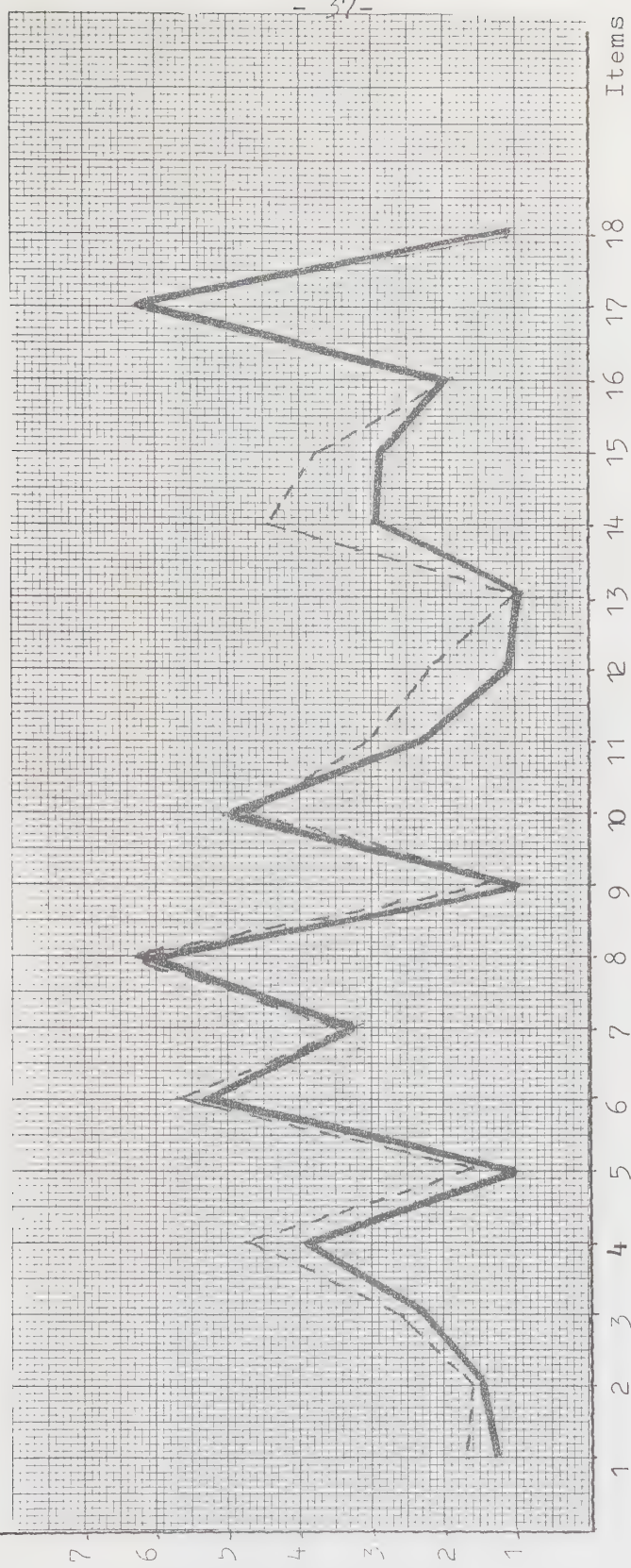


Profil-type obtenu à partir des 50 B.P.R.S. d'Etats Maniaques

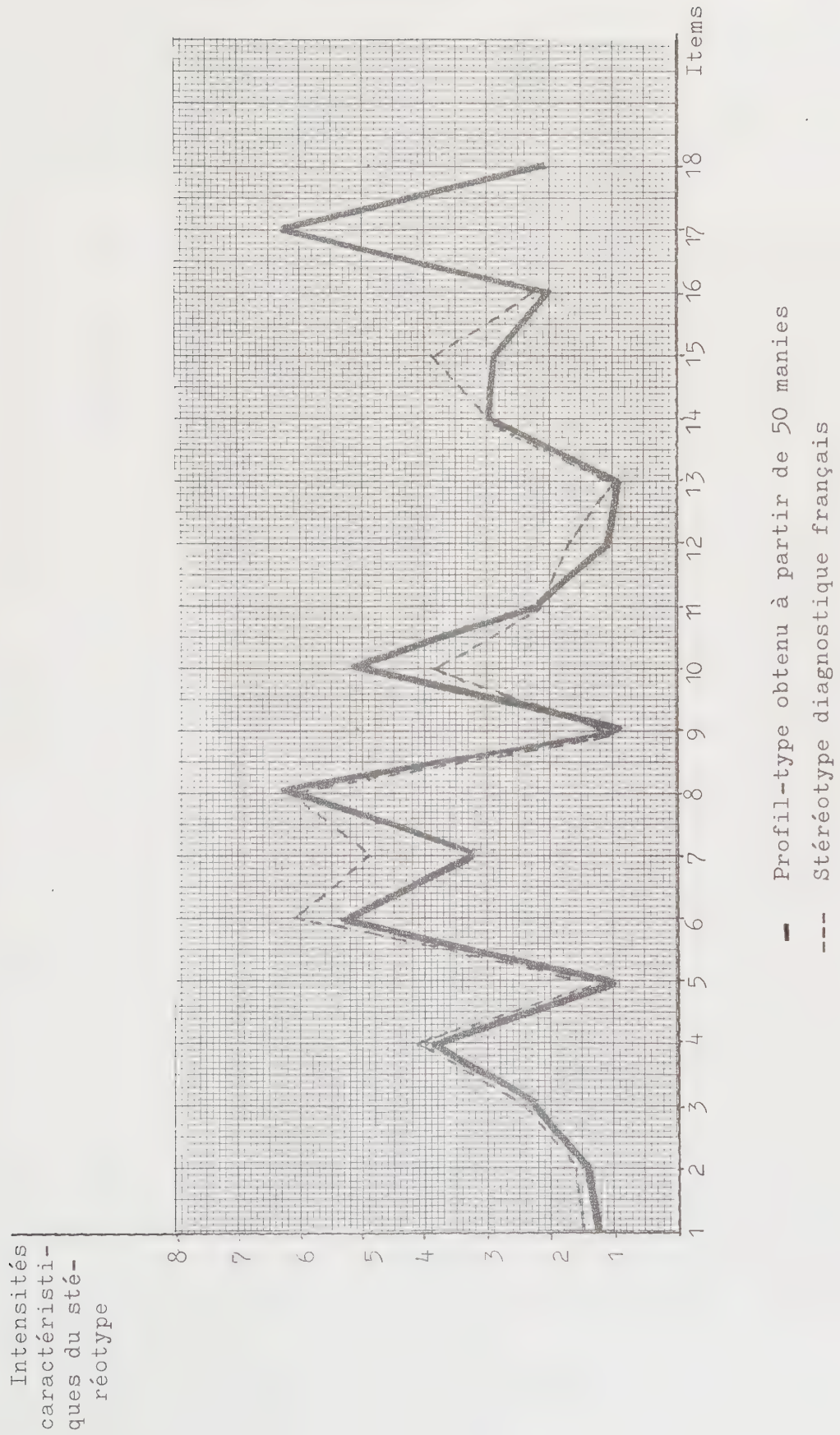
- Nous avons ensuite comparé le profil-type de manie obtenu à partir de nos 50 observations, aux profils-types obtenus à partir des stéréotypes français et américains de manie.

- Ces profils-types ont été obtenus à partir de tableaux de profils moyens des stéréotypes français et américains, se trouvant dans un article de MM. PICHOT, BAILLY et OVERALL paru en 1966. Nous ne pourrions comparer que les 16 premiers items de la B.P.R.S. puisque leur étude a porté sur l'ancienne échelle.

Intensités
caractéristiques
du stéréotype



— Profil obtenu à partir de 50 manies
--- Stéréotype diagnostique américain



Si nous comparons le profil-type que nous avons obtenu au stéréotype diagnostique français : la majorité des notes obtenues pour chaque item correspondent ; pour 5 items nous observons un certain écart :

Ce sont les items :

- 6 : Tension
- 7 : Maniérisme et attitude
- 10 : Hostilité
- 12 : Comportement hallucinatoire
- 15 : Pensées inhabituelles

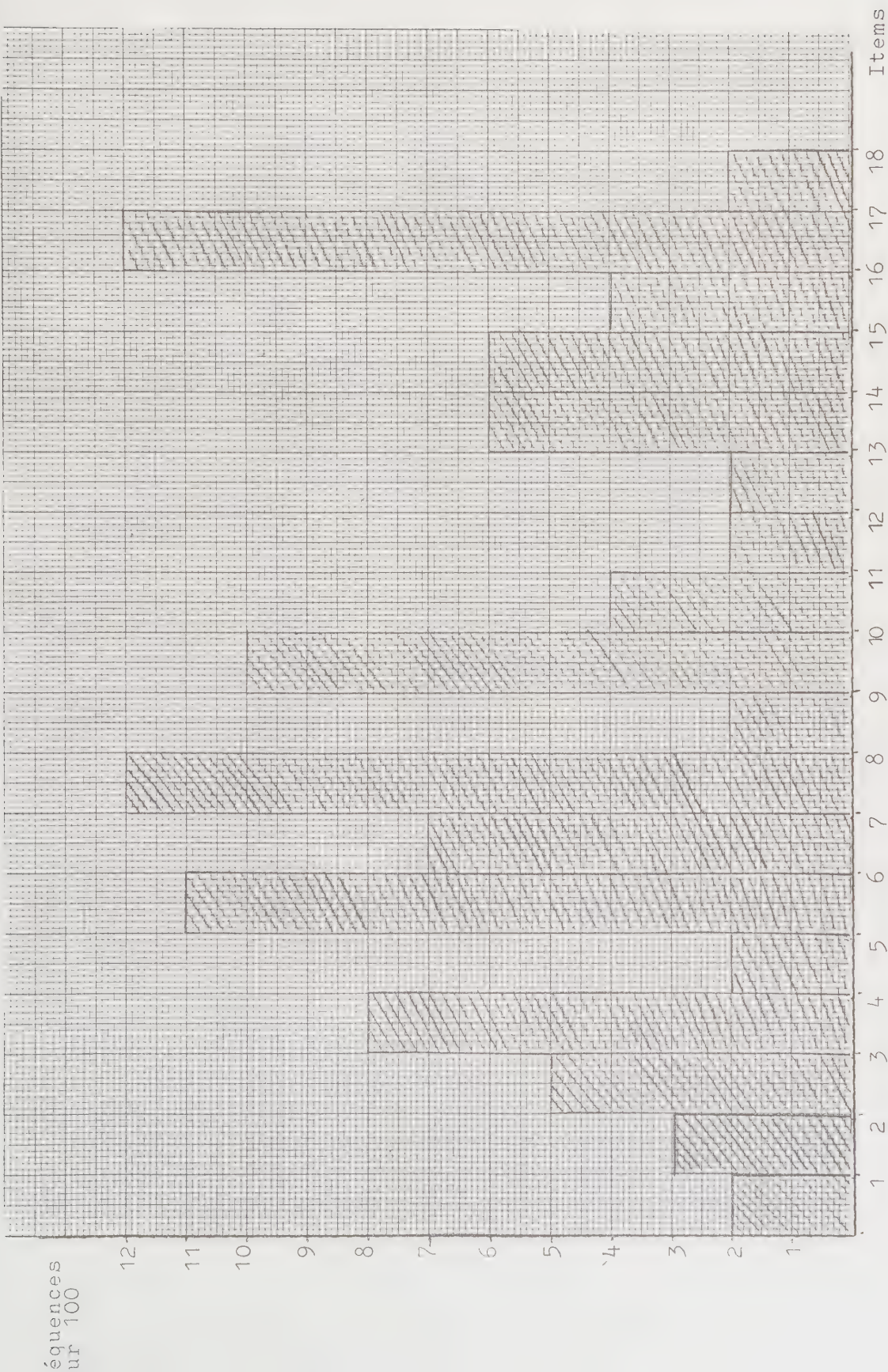
En comparaison au stéréotype diagnostique américain, l'écart est observé pour les items :

- 4 : Désorganisation conceptuelle
- 11 : Méfiance
- 12 : Comportement hallucinatoire
- 14 : Non-coopération
- 15 : Pensées inhabituelles

Nous avons ensuite étudié les fréquences pour cent obtenues pour chacun des 18 items des 50 B.P.R.S. d'accès maniaques, afin de déterminer s'il y avait des items significatifs.

50 B.P.R.S. (Manies)

ITEMS	TOTAUX	FREQUENCES/100
1	64	2
2	73	3
3	115	5
4	198	8
5	54	2
6	269	11
7	163	7
8	317	12
9	52	2
10	253	10
11	114	4
12	60	2
13	52	2
14	150	6
15	144	6
16	99	4
17	317	12
18	54	2
TOTAUX	2 548	100 %



Histogramme des Fréquences pour Cent des 50 Manies

D'après cet histogramme des fréquences pour cent, nous voyons que 4 items se détachent nettement de l'ensemble des autres items.

Ce sont les items :

8	:	12 %
17	:	12 %
6	:	11 %
10	:	10 %

Les items significatifs des 50 accès maniaques observés sont donc :

- item 17 : Excitation
- item 8 : Mégalomanie
- item 6 : Tension
- item 10 : Hostilité

2°) - Etude des B.P.R.S. faites au cours d'accès mélancoliques

A partir des cinquante B.P.R.S. faites au cours d'accès mélancoliques, nous avons calculé la moyenne des scores obtenus pour chacun des 18 items.

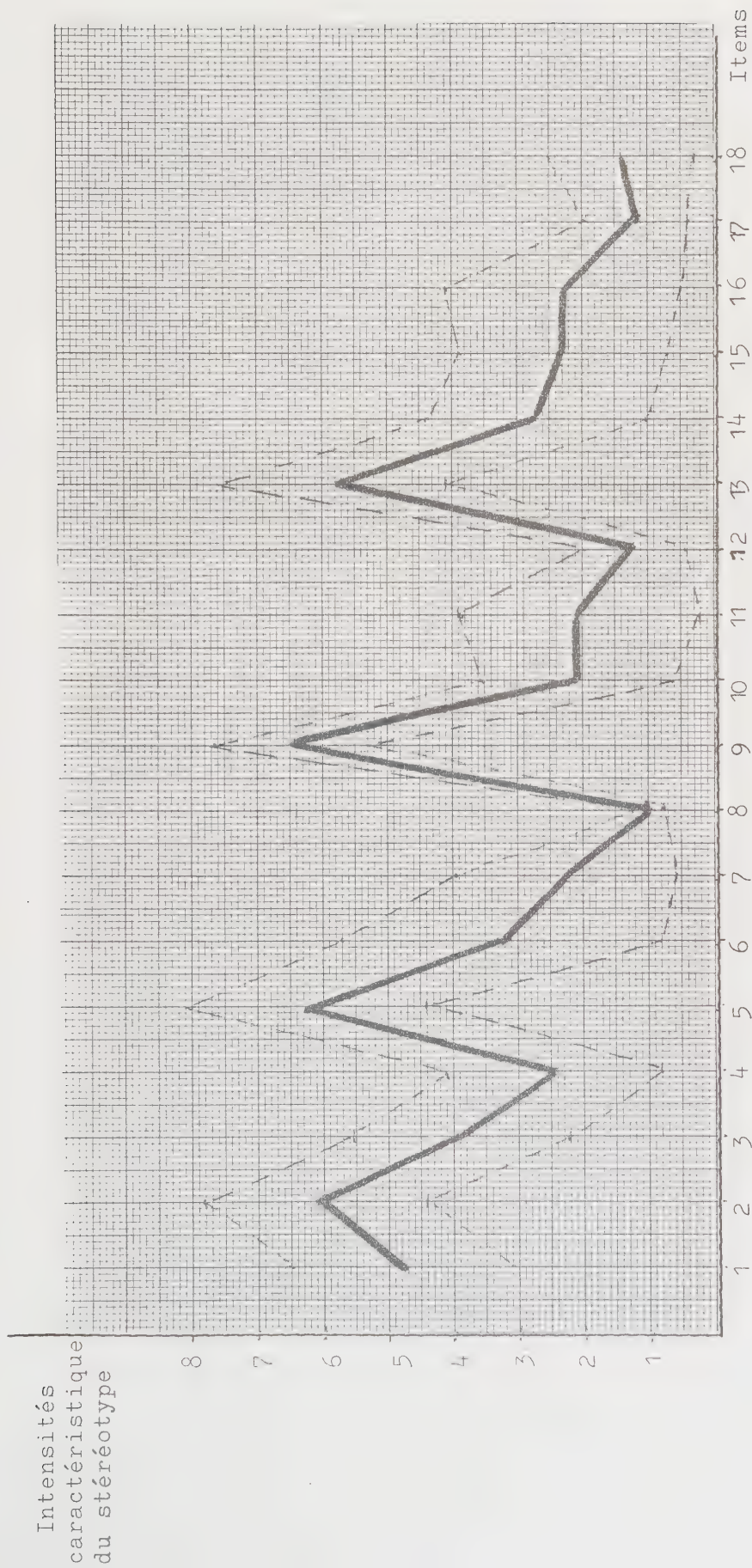
Et comme nous l'avons fait pour l'étude des B.P.R.S. d'accès maniaques, nous avons tracé le profil-type de nos cinquante observations d'accès mélancoliques.

Les variances ont été calculées de la même façon à l'aide du Théorème de Koenig.

- 50 B.P.R.S. Mélancolies -

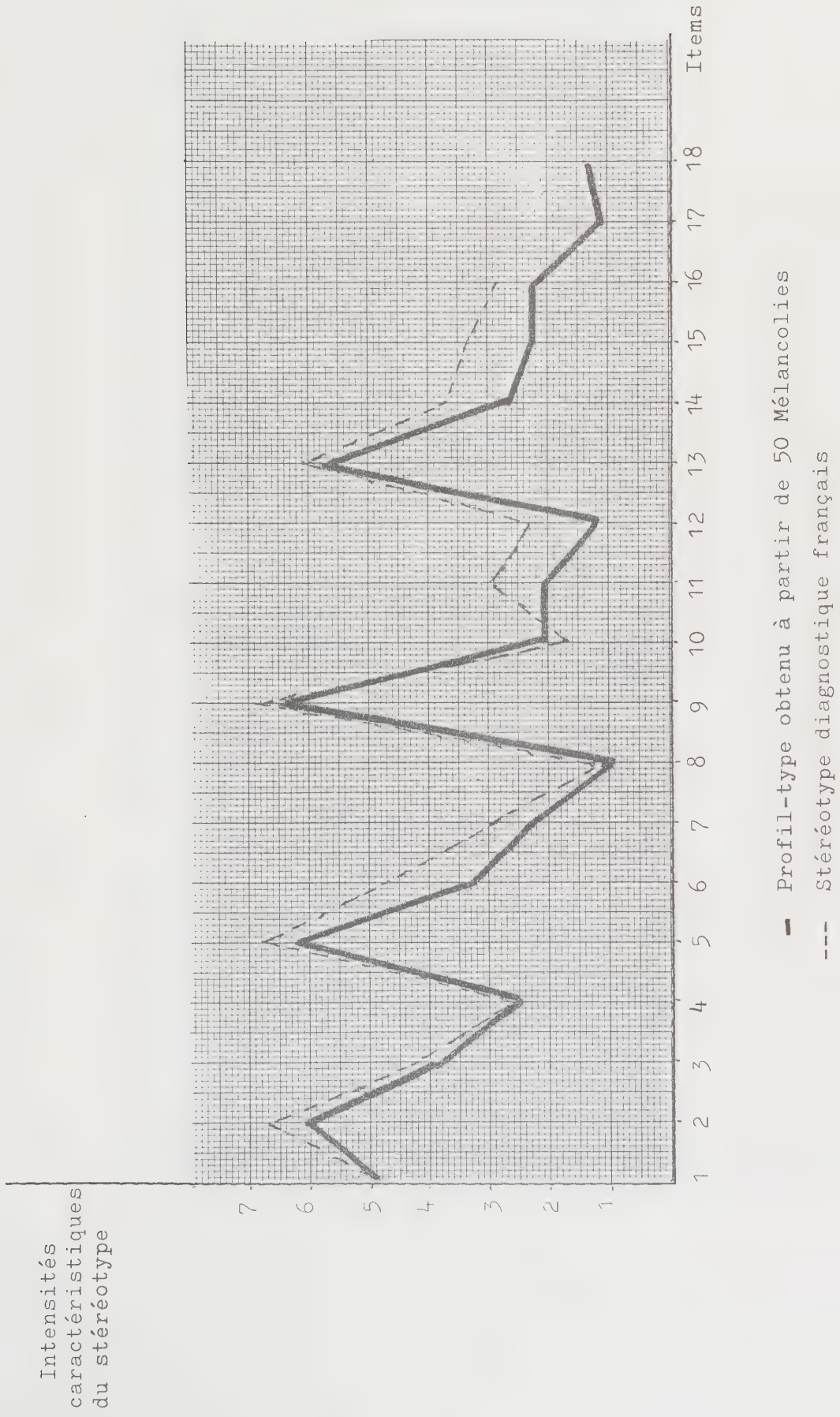
ITEMS	MOYENNES	VARIANCES	ECARTS-TYPES
1	4,8	3,20	1,78
2	6,1	3,59	1,89
3	3,9	3,05	1,74
4	2,5	2,87	1,69
5	6,3	1,89	1,37
6	3,3	6,63	2,57
7	2,3	3,23	1,79
8	1	0,06	0,24
9	6,5	1,37	1,17
10	2,1	2	1,41
11	2,1	3,34	1,82
12	1,2	0,70	0,83
13	5,8	3,08	1,75
14	2,7	3,01	1,73
15	2,3	2,85	1,68
16	2,3	3,35	1,83
17	1,2	0,64	0,80
18	1,4	1,44	1,20

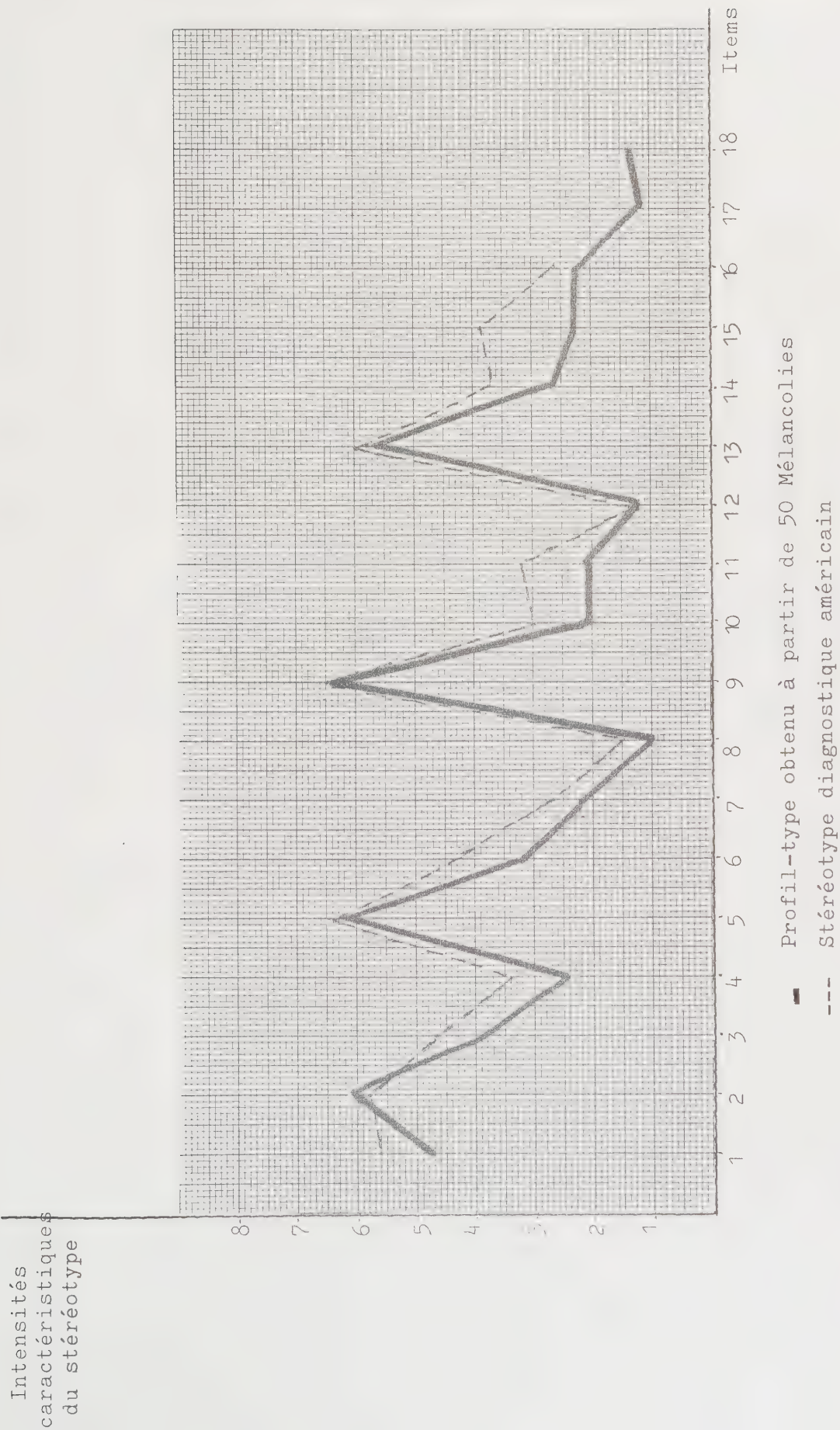
Tableau des moyennes, variances et écarts-types
obtenus pour chaque item à partir des B.P.R.S. faites au cours
de 50 accès mélancoliques



Profil-type obtenu à partir de 50 B.P.R.S. d'Etats Mélancoliques

Nous avons ensuite comparé ce profil-type de mélancolie, obtenu à partir de nos 50 observations, aux profils-types obtenus à partir des stéréotypes français et américains de mélancolie, comme nous l'avons fait pour les manies.





Notre profil-type de mélancolie et les stéréotypes diagnostiques français et américains sont à peu près identiques ; nous n'obtenons qu'un léger écart pour les items :

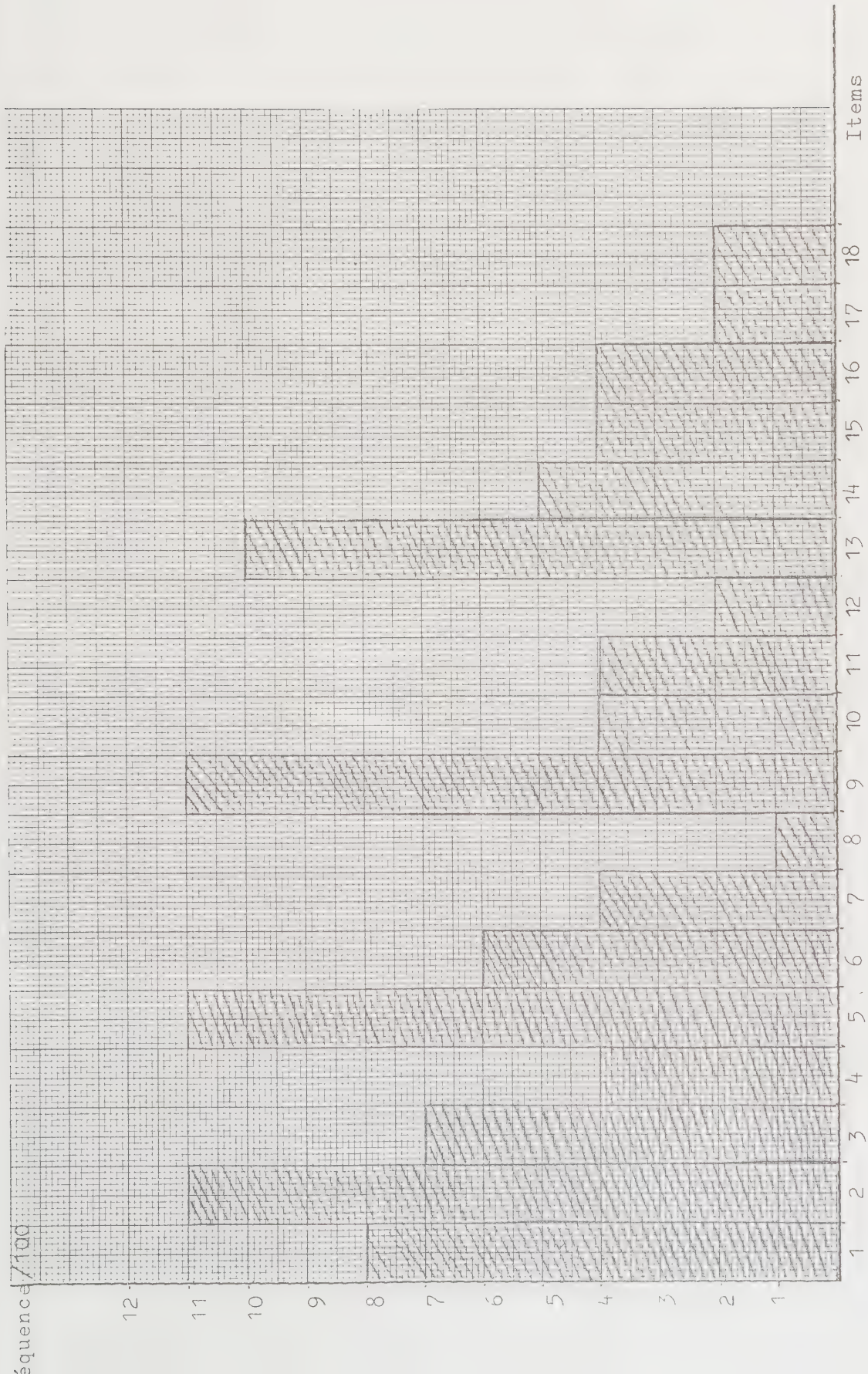
- 11 : Méfiance
- 14 : Non coopération
- 15 : Pensées inhabituelles

et à l'item 6 (Tension) par rapport au stéréotype français.

Notre étude a ensuite porté sur les fréquences pour cent obtenues pour chacun des 18 items des 50 B.P.R.S. d'accès maniaques, afin de déterminer s'il y a des items significatifs.

50 B.P.R.S. (Mélancolies)

ITEMS	TOTAUX	FREQUENCES/100
1	240	8
2	307	11
3	197	7
4	124	4
5	317	11
6	167	6
7	116	4
8	51	1
9	327	11
10	112	4
11	107	4
12	61	2
13	288	10
14	135	5
15	115	4
16	117	4
17	62	2
18	70	2
TOTAUX	2.913	100 %



HISTOGRAMME DES FREQUENCES POUR CENT DES 50 MELANCOLIES

Sur cet histogramme, nous constatons que 4 items se détachent nettement de l'ensemble des autres items.

Ce sont les items :

2	:	11 %
5	:	11 %
9	:	11 %
13	:	10 %

Les items significatifs des 50 accès mélancoliques observés sont donc :

item 2	:	Anxiété
item 5	:	Sentiments de culpabilité
item 9	:	Tendances dépressives
item 13	:	Ralentissement moteur

3°) - Etude des 42 B.P.R.S. d'états mixtes

A partir des 42 B.P.R.S. faites au cours d'états mixtes, nous avons calculé la moyenne des notes obtenues pour chacun des 18 items. Nous avons ensuite tracé le profil-type obtenu à partir de nos 42 observations.

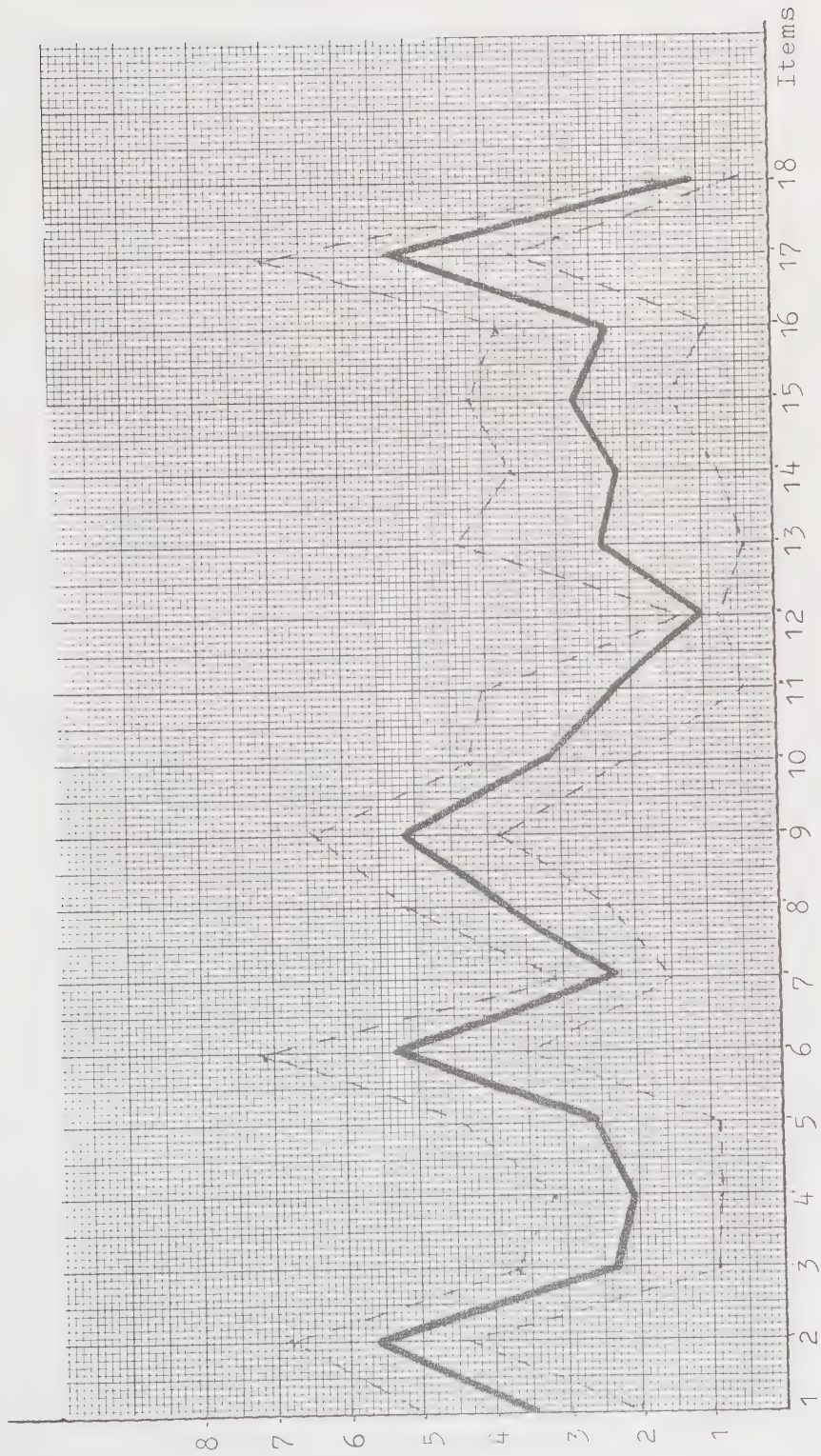
Les variances ont été calculées, de la même façon, à l'aide du Théorème de Koenig.

42 B.P.R.S. états mixtes

ITEMS	MOYENNES	VARIANCES	ECARTS-TYPES
1	3,5	3,08	1,75
2	5,6	1,49	1,22
3	2,3	2,09	1,44
4	2,1	1,42	1,19
5	2,6	3,38	1,83
6	5,3	3,67	1,91
7	2,3	0,73	0,85
8	3,7	2,07	1,43
9	5,2	1,60	1,26
10	3,2	2,95	1,71
11	2,3	3,06	1,74
12	1	0,14	0,37
13	2,4	4,28	2,06
14	2,2	2,20	1,48
15	2,8	2,04	1,42
16	2,3	2,47	1,57
17	5,3	3	1,73
18	1,1	0,31	0,55

Tableau des moyennes, variances et écarts-types
obtenus pour chaque item à partir des B.P.R.S. faites au cours
d'états mixtes

Intensités
caractéristiques
du stéréotype



Profil-type obtenu à partir des 42 B.P.R.S. d'Etats Mixtes

Nous avons ensuite comparé sur un même graphique le profil-type de nos états mixtes, au profil-type de nos 50 maniaques.

Les 2 profils se rejoignent en 8 points qui sont les items :

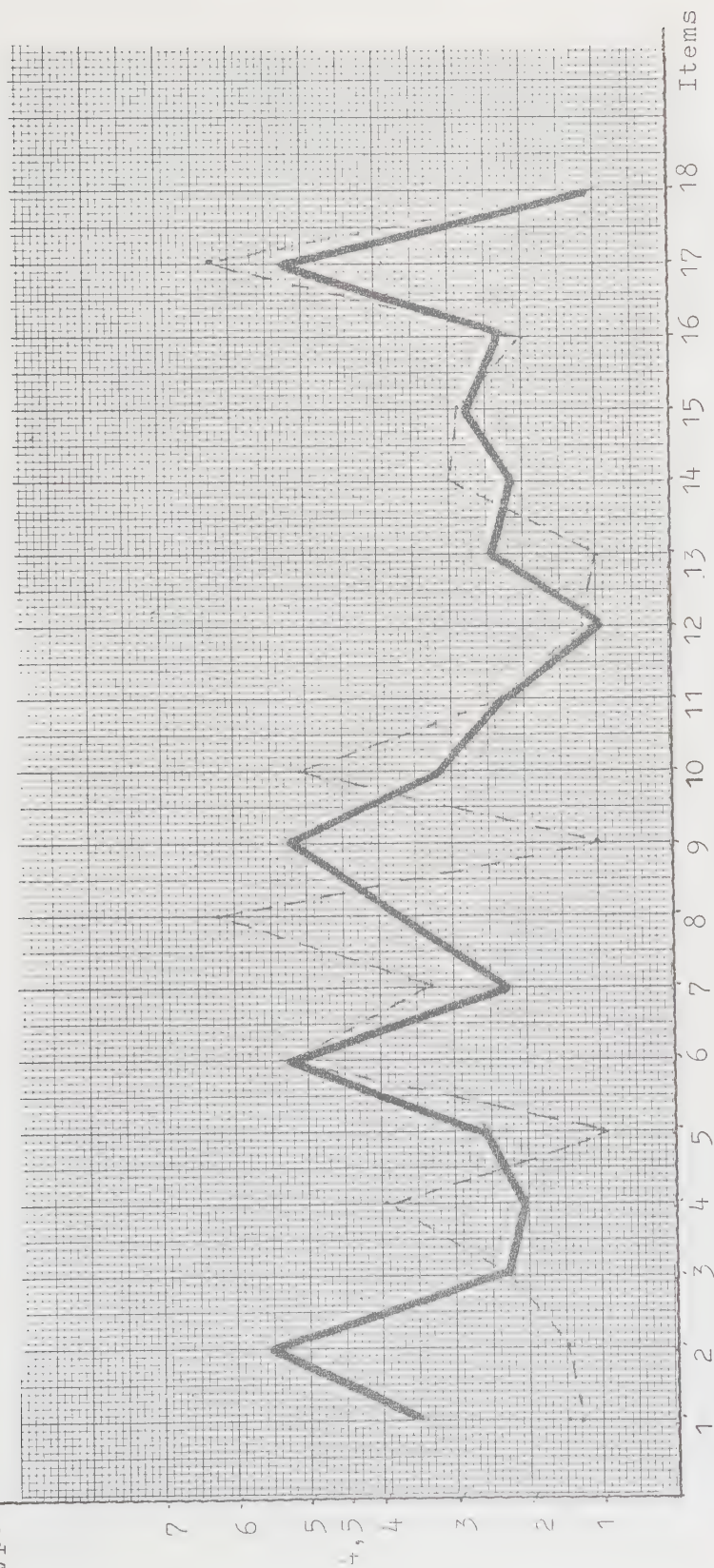
- 3 : Retrait affectif
- 6 : Tension
- 11 : Méfiance
- 12 : Comportement hallucinatoire
- 15 : Pensées inhabituelles
- 16 : Emoussement affectif
- 17 : Excitation
- 18 : Désorientation

La même comparaison a été faite pour le profil-type des mélancoliques.

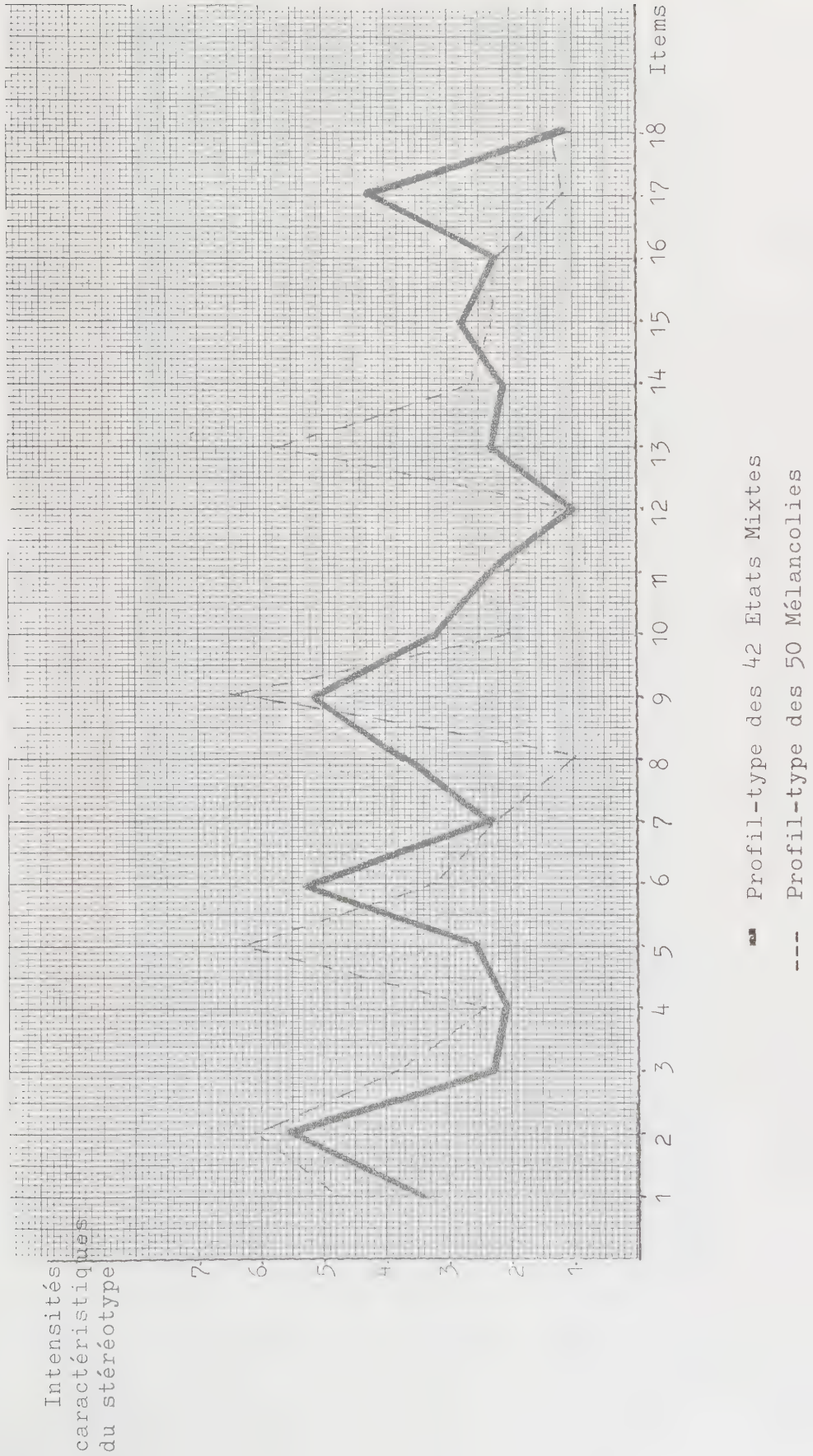
Les 2 profils se rejoignent en 8 points qui sont les items :

- 2 : Anxiété
- 4 : Désorganisation conceptuelle
- 7 : Maniérisme et attitudes
- 9 : Tendances dépressives
- 11 : Méfiance
- 12 : Comportement hallucinatoire
- 16 : Emoussement affectif
- 18 : Désorientation

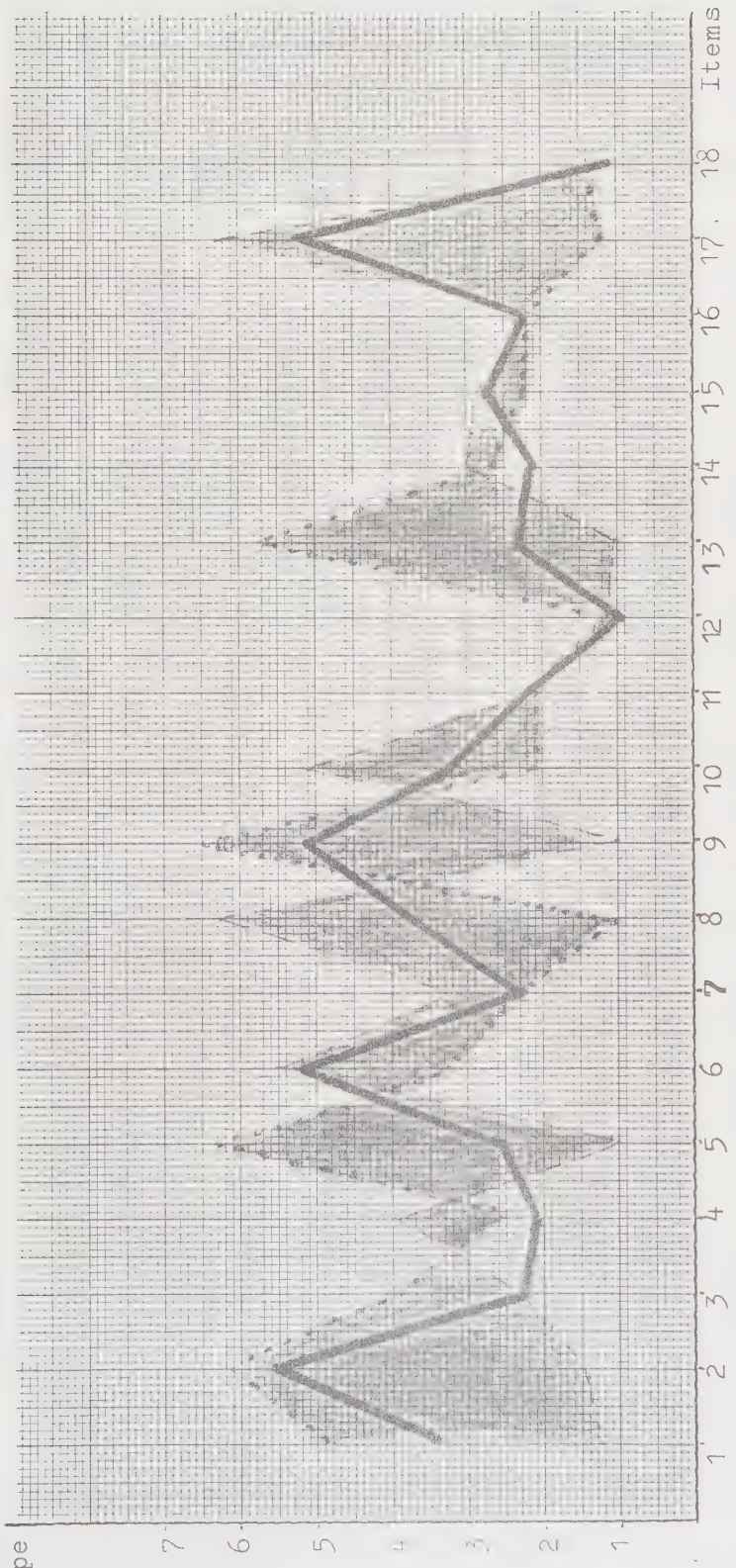
Intensités
caractéristiques
du stéréotype



— Profil-type des 42 Etats Mixtes
--- Profil-type des 50 Manies



Intensités
caractéristiques
du stéréotype



— Profil-type des 42 Etats Mixtes
---- Profil-type de 50 Manies
..... Profil-type de 50 Mélancolies

Si nous portons sur un même graphique les trois profils-types : manie, mélancolie et mixtes, nous observons que :

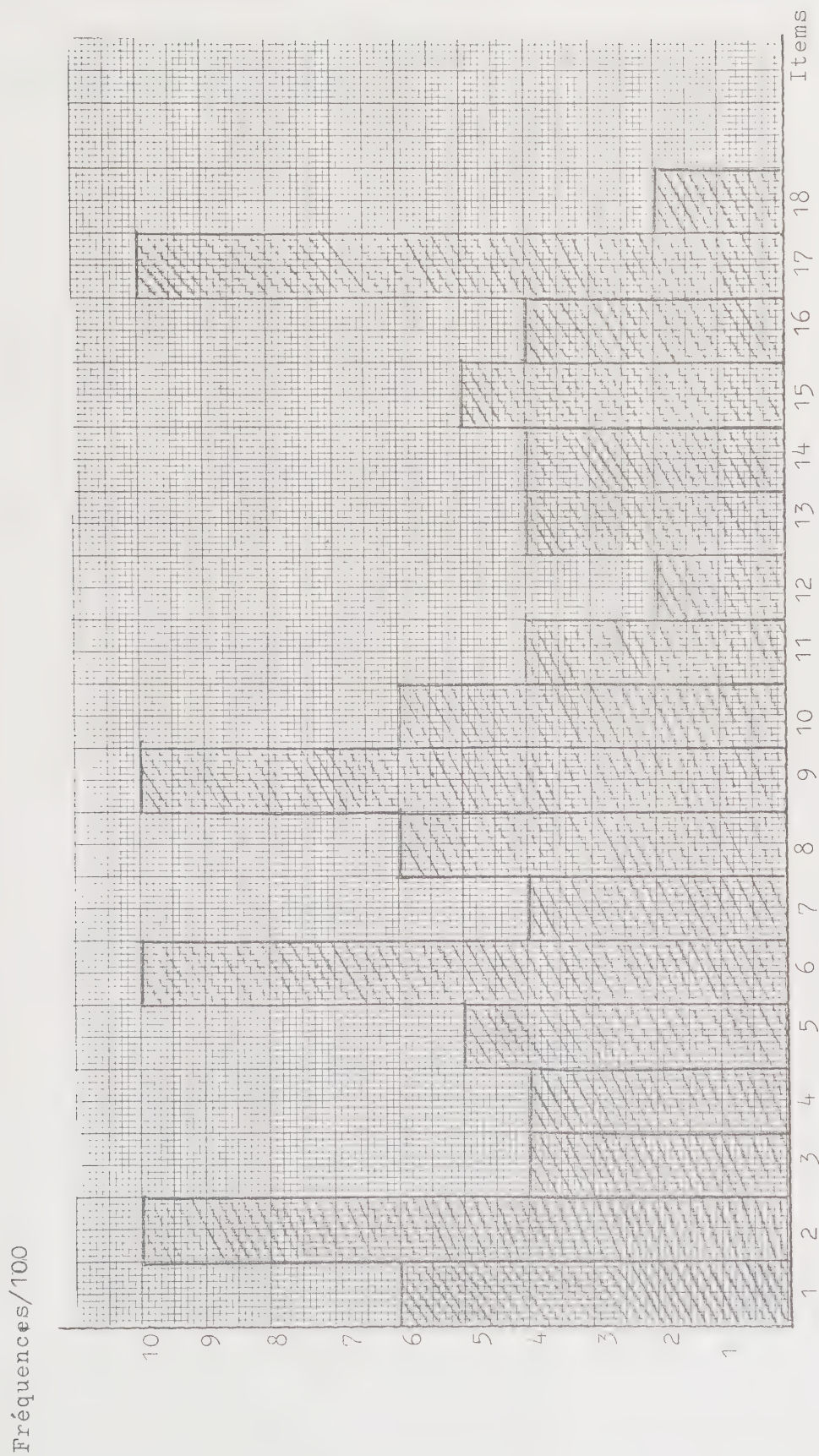
- les 3 courbes coïncident pour les items 11
12
16
18

- le profil-type mixte se situe dans l'espace compris entre les 2 courbes manie et mélancolie. Notre profil-type sort de cet espace de façon très minime ($- 0,4$) au niveau des items 4 et 14.

Comme nous l'avons fait pour les manies et les mélancolies, nous avons ensuite étudié les fréquences pour cent de chacun des 18 items des 42 B.P.R.S. d'états mixtes, à la recherche d'items significatifs.

42 B.P.R.S. (Mixtes)

ITEMS	TOTAUX	FREQUENCES/100
1	147	6
2	238	10
3	98	4
4	89	4
5	110	5
6	225	10
7	95	4
8	156	6
9	220	10
10	136	6
11	99	4
12	44	2
13	100	4
14	94	4
15	115	5
16	98	4
17	224	10
18	48	2
TOTAUX	2 336	100 %



HISTOGRAMME DES FREQUENCES pour Cent obtenu à partir de 42 Etats Mixtes

Sur cet histogramme des fréquences des états mixtes, se détachent très nettement 4 items :

- item 2 : 10 %
- item 6 : 10 %
- item 9 : 10 %
- item 17 : 10 %

Les symptômes significatifs des états mixtes que nous avons observés sont :

- 2 : Anxiété
- 6 : Tension
- 9 : Tendances dépressives
- 17 : Excitation

Si nous reportons sur un tableau les items significatifs des accès mixtes, maniaques et mélancoliques observés :

Manies	Mixtes	Mélancolies
6	2	2
8	6	5
10	9	9
17	17	13

Nous observons que deux des quatre items significatifs (2 et 9) des états mixtes sont aussi des items significatifs des accès mélancoliques.

Les deux autres items (6 et 17) sont des items significatifs des accès maniaques.

D'après ces résultats, il n'y aurait pas d'item significatif qui appartiendrait, en propre, aux états mixtes. C'est l'association de ces quatre items qui en ferait l'originalité. Il faut cependant noter que notre étude a porté sur un petit nombre de cas. Les états mixtes n'apparaissent pas en clinique avec une grande fréquence, il ne nous a pas été possible de faire une étude plus étendue, ce qui serait pourtant intéressant et significatif à plus grande échelle.

III - OBSERVATIONS - DESCRIPTIONS CLINIQUES

Notre étude a porté sur 17 maniaco-dépressifs hospitalisés
chez lesquels nous avons observé :

- 12 accès mixtes
- 8 états mixtes de courte durée lors de périodes de transition d'un accès maniaque à un accès mélancolique et vice versa.

Nous avons parfois noté deux états mixtes de longue durée chez la même personne, c'est le cas pour trois de nos observations (1, 2 et 7), ou un état mixte lors d'une période de transition et un accès mixte (observation n° 4).

- OBSERVATION N° 1 -

Monsieur Hubert D., est hospitalisé en Septembre 1974, ce malade est un maniaco-dépressif bien connu du service depuis 1967.

Il a actuellement 64 ans et est propriétaire d'une exploitation agricole qu'il cultive avec l'aide de son fils.

Aîné d'une fratrie de trois enfants, il va à l'école jusqu'à l'âge de 14 ans et obtient son C.E.P. Marié en 1944, il est père de deux enfants :

- une fille âgée de 27 ans, mariée,
- un fils âgé de 25 ans, débile léger.

C'est pendant son service militaire qu'il présenta son premier accès d'excitation maniaque pour lequel il fut hospitalisé 8 mois à VERDUN. Il faut noter chez ce malade la présence d'un léger apport éthylique lors des périodes dépressives.

En 1967, il est hospitalisé pour la première fois dans le service en placement d'office ; on signale alors un état d'excitation psycho-motrice très important : depuis quelques jours il se baignait dans les ruisseaux, criait, coupait des arbres, se badigeonnait les sourcils avec du dentifrice ; tantôt menaçant et tantôt euphorique, familier et aimant plaisanter.

La famille signalait alors dans les semaines qui ont précédé cet accès un état dépressif important.

Ces accès de type maniaco-dépressifs se reproduisent à peu près tous les ans depuis son service militaire.

La deuxième hospitalisation a lieu en 1971, cette fois-ci pour un accès mélancolique. Quelques jours avant il a dû faire abattre une partie de ses vaches atteintes de tuberculose.

Il est alors mutique, se désintéresse de tout ce qui l'entoure, ne dort plus et présente des idées de suicide. L'entourage signale au cours de cet accès une phase d'agitation assez brève au cours de laquelle le malade est agressif, puis chante et enfin se met à pleurer.

En 1972, nouvelle hospitalisation pour un épisode mélancolique avec idées de ruine et de mort, insomnie, anorexie et asthénie.

C'est en Juin 1973 que nous avons pu l'observer au cours d'un état mixte :

Sa tenue est débraillée, son visage animé et il lance des clins d'oeils entendus.

Le contact est facile avec ce malade qui parle sans arrêt et est sans cesse en mouvement.

L'association des idées est rapide mais superficielle, l'attention spontanée est impossible.

On ne note pas de troubles des perceptions et de l'orientation.

La mémoire d'évocation et l'imagination sont exaltées ; au cours de l'entretien apparaissent des productions subdélirantes à thème de persécution et de jalousie.

Ce malade présente une logorrhée avec fuite des idées mais le ton est monocorde et son humeur n'est pas exaltée, bien au contraire il ressent une tristesse profonde à laquelle s'associe un sentiment d'insécurité avec la peur d'une catastrophe imminente et une anxiété importante.

Il exprime des idées d'incurabilité :

"Je ne m'en sortirai pas"

"Je mourrai ici",

quelques plaintes hypocondriaques (douleurs dans les jambes, la tête etc...).

Cet accès durera un mois.

Six mois plus tard, épisode maniaque avec excitation extrêmement importante, boulimie, excentricités vestimentaires. On note toujours un certain degré d'hostilité.

En avril 1974, accès mélancolique avec inhibition psychomotrice importante et semi-mutisme.

Cinq mois plus tard, Monsieur D. est réhospitalisé dans le service pendant un mois.

Le 10 Septembre il présente un état d'excitation psychomotrice, sa mimique est changeante, son regard vif. Au cours de l'entretien on observe une logorrhée avec fuite des idées, petite activité de jeu, hypermnésie et quelques idées mégalomaniaques.

"J'ai une mémoire prodigieuse" dit-il.

Mais, le malade passe du rire aux larmes d'un instant à l'autre et exprime des idées dépressives : idées de ruine, de mort, préoccupations hypocondriaques, crainte d'une guerre.

L'anxiété est importante, le malade est insomniaque.

L'orientation temporo- spatiale est bonne.

Le lendemain le tableau clinique s'est légèrement modifié : Il est plus calme, son faciès est figé, triste, son regard est éteint.

L'humeur est triste , "on veut me tuer", dit-il.

Les préoccupations hypocondriaques ainsi que l'anxiété sont plus importantes. Il n'y a plus d'alternance de rires et de larmes, mais il persiste une logorrhée et une fuite des idées, quelques mots grossiers émaillent les propos de ce malade, fait inhabituel chez lui.

Une petite activité de jeu est observée au cours de cet entretien.

Trois jours plus tard, le tableau est encore différent : Monsieur D. est euphorique, chante toute la journée (marches militaires,

alternant avec "Le temps des cerises").

Logorrhée, oeil vif, idées mégalomaniaques, propos érotiques, fuite des idées.

Le malade est toujours bien orienté, hostile par moments. Cependant, il présente une inhibition motrice et quelques idées de ruine et de suicide sont exprimées au cours de l'entretien.

Cet état va persister une dizaine de jours, puis le tableau se modifiera une nouvelle fois dans le sens d'un accès dépressif qui durera quatre ou cinq jours.

De cette observation nous pouvons retenir :

- la présence de deux accès mixtes chez ce malade,
- l'extrême variabilité du tableau clinique d'un jour à l'autre, associant des symptômes de dépression et de manie,
- l'absence de confusion,
- ces états apparaissent chez un malade âgé de 64 ans, au cours d'une P.M.D. d'évolution ancienne où les accès ont tendance à se rapprocher.

- OBSERVATION N° 2 -

Monsieur Albert R., 52 ans, est hospitalisé dans le service depuis 1967.

Il est allé à l'école communale jusqu'à l'âge de 13 ans ; célibataire il exerçait de façon irrégulière le métier de cantonnier et vivait chez son frère.

D'après ce dernier, le malade présentait depuis longtemps des crises d'excitation qui duraient 8 à 10 jours, alternant avec des phases de 3 semaines environ où le malade cessait tout travail et était déprimé. Il a été suivi par de nombreux médecins et guérisseurs, mais a toujours refusé de prendre les traitements prescrits.

Il est hospitalisé une première fois dans le service, d'Octobre à Décembre 1966, pour un accès maniaque : l'état d'excitation est important, le malade est logorrhéique, euphorique. Il fait de nombreux achats à crédit : voitures, fusils, etc..., est persuadé qu'il a un don et fait de la radiesthésie. Depuis trois mois il était agité, circulait jour et nuit en mobylette, criait toutes les nuits, se promenait avec une carabine.

Durant cette période des phases de boulimie succédaient à des phases d'anorexie. Il était insomniaque et présentait de nombreuses crises d'angoisse avec préoccupations hypocondriaques.

La deuxième hospitalisation a lieu en Août 1967 pour un nouvel accès maniaque : le malade hurle, chante, menace son entourage, bouscule les infirmiers, renverse les tables de nuit dans le service. Il est amené par la police car il circulait en mobylette à gauche de la chaussée.

Depuis, il n'a quitté le service que pour passer quelques jours chez son frère.

Les épisodes maniaques et dépressifs se succèdent assez rapidement, ont tendance à se rapprocher et son humeur est difficile à stabiliser. Un traitement par lithium n'a pu être poursuivi en raison de l'apparition de problèmes rénaux.

Au cours de cette P.M.D. ancienne, on n'observe plus depuis un an d'accès franchement maniaques ou dépressifs, mais une succession d'accès mixtes dont la symptomatologie varie d'un accès à l'autre.

En Janvier 1974, le patient présente un nouvel épisode paroxystique. Sur le plan psychomoteur, il ressemble à un mélancolique : très ralenti, les gestes sont rares et lents, la parole est difficile. Son faciès reste le plus souvent impassible mais le regard est vif et son visage s'anime parfois d'un sourire ironique. L'humeur est expansive, il fait des jeux de mots, parle de ses nombreux projets : veut monter un nouveau moteur électrique, se sert de son pendule pour refaire un plan géologique, veut apprendre à piloter un avion, a l'intention d'acheter un garage.

Il est très familier et fait de petits cadeaux à son entourage.

On retrouve dans ses propos une certaine anxiété, ainsi que quelques préoccupations hypocondriaques (céphalées, douleurs multiples). Cet état a duré à peu près deux semaines, on a réussi ensuite à obtenir un équilibre de son état pendant trois mois.

En Mai 1974, un nouvel accès est observé : cette fois-ci il est hyperactif, remuant, il déménage tous les meubles de sa chambre, refuse de se coucher la nuit ; son faciès est très mobile et son regard malicieux.

Cependant, la tonalité de l'humeur est triste et des propos dépressifs sont exprimés avec lenteur, ils sont monotones :

- "J'ai l'impression de souffrir d'un malaise mental" dit-il.
- plaintes hypocondriaques multiples : la tête, les jambes etc...
- sentiments de découragement, pessimisme : "Je n'attends plus rien de la vie".
- impression d'avoir été abandonné par tous.
- idées de mort.

L'anxiété est importante avec la sensation de "boule dans la gorge" et impression d'étouffement.

Il lui arrive cependant de faire de temps à autre une remarque désobligeante sur les personnes qui l'entourent.

Cet état a duré une vingtaine de jours.

Il faut noter au début des deux accès mixtes observés, un état subconfusionnel.

De cette observation, nous pouvons retenir :

- la succession de plusieurs accès mixtes de type différent,
- la présence d'un état subconfusionnel au début des accès,
- ils surviennent au cours d'une P.M.D. d'évolution ancienne et qui a tendance à s'aggraver.

- OBSERVATION N° 3 -

Madame Hélène T., est âgée de 58 ans, elle est hospitalisée pour la douzième fois dans le service. Il s'agit d'une maniaco-dépressive chez laquelle le premier accès est apparu en 1944.

Elle est mariée et mère d'un garçon décédé en bas âge.

Dans l'intervalle des accès, c'est une personne plutôt effacée et très pieuse.

Dans les antécédents de cette malade hospitalisée plusieurs fois dans le service, le diagnostic d'état mixte a déjà été porté deux fois lors de la 8e et de la 9e hospitalisation.

C'est en Novembre 1974 que nous avons pu l'observer lors de son arrivée dans le service : sa tenue est un peu débraillée, son visage animé et son regard vif. Elle présente un état d'excitation motrice, gesticule, le contact est facile.

Nous n'observons ni logorrhée, ni fuite des idées, au contraire nous notons plutôt une certaine lenteur idéative, le ton de ses propos est monocorde, accompagné parfois de quelques gémissements ou entrecoupés d'un rire ou de quelques notes d'une chanson.

L'orientation temporo-spatiale est correcte et il n'y a pas de troubles des perceptions.

Cette malade est triste, éprouve un sentiment d'insécurité, son anxiété est importante.

Au cours de l'entretien, elle évoque ses difficultés conjugales ; les préoccupations hypocondriaques sont multiples, elle se montre assez prolixe au sujet de ses nombreuses hospitalisations et aux sentiments d'incurabilité s'associent des idées de suicide et des propos mystiques.

Elle évoque ensuite la mort de son fils, le décès récent d'une amie et entonne aussitôt une chanson. Elle parle ensuite d'interventions chirurgicales qu'elle a subies et rit aux éclats.

Et ainsi tout au cours de l'entretien elle émaille ses plaintes dépressives de quelques propos érotiques et de quelques mots grossiers.

Cet accès a débuté quelques jours auparavant par une insomnie apparue après l'annonce du décès d'une amie.

Pendant les jours qui ont précédé son hospitalisation, elle avait l'impression que son fils était auprès d'elle et la calmait. Le jour même, dès le matin elle s'est montrée très excitée et a tenu des propos inconvenants au prêtre qui allait dire la messe à laquelle elle allait assister. Quelques instants plus tard, elle regrettait cela, pleurait et demandait à recevoir la communion. Elle a ensuite présenté une excitation psycho-motrice, avec activité de jeu et exprimait des propos dépressifs entrecoupés de chants. Cet accès a nécessité deux mois d'hospitalisation.

De cette observation nous pouvons retenir :

- que l'accès observé est le troisième état mixte chez cette malade et qu'il est apparu sur une P.M.D. d'évolution ancienne.

- OBSERVATION N° 4 -

Madame Marie-Louise F., 70 ans, religieuse bien connue du service depuis 1957, était suivie auparavant dans un autre Hôpital Psychiatrique.

En dehors des accès paroxystiques elle vit dans sa communauté.

De 1957 à 1970, elle présente plusieurs accès de manie franche et un seul accès de mélancolie anxieuse.

C'est en 1972 que nous avons pu observer chez cette malade un état mixte qui précéda de quelques jours un accès maniaque.

Durant les trois mois qui ont précédé cet accès, elle était déprimée, mais prise en charge par la communauté religieuse elle avait pu éviter une nouvelle hospitalisation.

A l'arrivée dans le service, sa tenue est correcte, son visage enjoué, son regard brillant ; elle est logorrhéique. Le contact est facile chez cette malade excitée qui se montre tantôt euphorique et tantôt légèrement agressive.

Mais le thème de ses propos est encore dépressif et au cours de l'entretien apparaissent des plaintes hypochondriaques, avec une anxiété diffuse, des sentiments de découragement, d'incapacité : "Je ne

peux plus vivre ainsi". "Je n'ai plus goût à rien". "Je ne suis capable de rien faire".

La malade est asthénique, anorexique et insomniaque. L'orientation temporo-spatiale est correcte, il n'y a pas de troubles des perceptions.

Les thèmes dépressifs ont cédé en une semaine environ et ont cédé la place à une humeur expansive.

Un an plus tard, en 1973, Madame F. est réadmise pour un accès paroxystique de type état mixte. Elle est alors hypéreactive, logorrhéique. Sa mimique est très mobile : tantôt exaltée, tantôt dépressive. Elle se montre parfois agressive, mais le plus souvent elle exprime des sentiments dépressifs et ses réponses sont entrecoupées de petits gémissements ; les plaintes hypocondriaques sont au premier plan, elle se montre assez prolixue au sujet de ses multiples douleurs, sensation de dysfonctionnement corporel (au niveau de l'intestin) ; aboulie. "Je n'arrive pas à me commander".

L'angoisse, le sentiment d'insécurité sont bien verbalisés par la malade qui se prête volontiers à l'entretien.

Impression que le temps s'arrête : "Le temps n'avance pas, je suis hors du temps ; je n'en sortirai pas quoi que vous fassiez".

Les thèmes mystiques sont également présents comme lors de ses accès mélancoliques.

Cet état a évolué pendant un mois, la malade est sortie ensuite et depuis est suivie régulièrement.

De cette observation nous pouvons retenir :

- l'apparition de deux états mixtes chez cette malade : l'un bref lors d'une période de transition, l'autre comme équivalent d'un accès de manie ou de mélancolie,
- la symptomatologie de ces deux états mixtes était à peu près comparables,
- ils apparaissent chez cette malade âgée de 70 ans au cours d'une P.M.D. d'évolution ancienne.

- OBSERVATION N° 5 -

Madame Solange G., 56 ans, maniaco-dépressive bien connue du service est hospitalisée pour la treizième fois en Janvier 1975.

Elle a obtenu son B.E.P.C., puis a été secrétaire quelques années avant de se marier. Elle a ensuite abandonné son métier pour élever ses cinq enfants.

La malade habite à la campagne une maison assez isolée où elle vit seule la plupart du temps ; en effet, son mari travaillant en Vendée ne vient que deux jours toutes les trois semaines. L'entente du couple ne paraît pas parfaite et ils paraissent bien s'accomoder de cette situation.

Elle occupe la plupart de ses loisirs à la lecture de livres et de nombreux magazines.

Le certificat d'entrée signale une excitation psycho-motrice depuis quelques jours et une humeur triste.

A l'arrivée dans le service, cette malade présente des signes de la série dépressive :

- pleurs, sentiments de culpabilité, d'inutilité,
- asthénie, anorexie,

- anxiété,
- nombreuses plaintes hypochondriaques.

En même temps des signes de la série expansive sont observés :

- excitation psycho-motrice,
- logorrhée,
- quelques idées mégalomaniaques.

On ne note pas de fuite des idées, mais plutôt une tendance au ralentissement idéique. Lors des premiers jours d'hospitalisation la malade écrit beaucoup en patois et se propose même de commencer un roman.

Elle a arrêté le traitement qu'elle prenait régulièrement et en est très culpabilisée.

Au cours de l'entretien, en parlant de son état, elle nous dit : "c'est tragi-comique" - "Je suis triste et gaie à la fois, le fond est très triste, mais je suis optimiste".

"J'aimerais me sentir plus calme, je suis trop sensible, c'est triste qu'il y ait au monde tant de malades, d'infirmes... Il y a de la famine, de la sécheresse, des gens illétrés".

"Je ne suis pas assez bienveillante avec les autres et parfois oui".

"Je suis d'humeur changeante, pas foncièrement car je suis toujours la même".

Cet état a rapidement cédé à un traitement neuroleptique.

Les examens psychologiques montrent un QI. à 115 et un indice d'anxiété important.

Dans les antécédents de cette malade on note :

- 4 accès mélancoliques,
- 4 accès maniaques,
- 4 accès mixtes en 53, 57, 67 et 70, au cours desquels la présentation était (d'après les observations) à peu près identique à l'accès que nous avons observé, mais elle exprimait en plus des propos mystiques et on notait une certaine agressivité verbale.

Les idées mystiques étaient identiques à celles exprimées lors des accès mélancoliques ou maniaques francs.

De cette observation nous pouvons retenir :

- la présence de 4 accès mixtes dans les antécédents, le premier ayant été observé quand la malade avait 34 ans, lors du deuxième accès de la maladie,
- la présentation de tous les accès mixtes est à peu près identique.

- OBSERVATION N° 6 -

Madame Claire B., 65 ans, est admise pour la sixième fois dans le service en Août 1974. Cette malade présente une P.M.D. d'évolution ancienne.

Elle est mariée, mère de quatre enfants.

Hospitalisée pour la première fois dans le service en 1963, elle n'a été admise que pour des accès maniaques. Il semble que la famille accepte mieux la malade dépressive que maniaque ; en effet, plusieurs accès mélancoliques ont été signalés depuis et ont été traités à domicile.

Ces accès maniaques se présentent toujours de la même façon :

- hyperactivité motrice, logorrhée importante, insomnie, activité de jeu, propos érotiques et familiers, mystiques, labilité de l'humeur. C'est lors de sa dernière hospitalisation en Août 1974 que nous avons observé chez cette malade un état mixte.

Sa tenue est en désordre, il lui arrive de se promener dans les couloirs à demi-vêtue, son visage est animé, son regard brillant. Elle ne cesse de parler et déclame. Sa voix est légèrement enrouée. Le contact est facile mais superficiel chez cette malade qui présente un état d'excitation motrice modérée.

L'attention est instable, l'orientation temporo-spatiale est bonne et on ne note chez elle ni fausses reconnaissances, ni activité hallucinatoire.

Les associations d'idées sont rapides, mais derrière cette façade, la malade présente un état de tristesse profonde où se mêlent des sentiments d'ennui, de monotonie. Elle exprime des idées de persécution : "On veut me faire enfermer" - "On veut me tuer".

- . de culpabilité et d'incurabilité,
- . des plaintes hypocondriaques : "La digestion ne se fait plus".

Ses propos dénotent une certaine anxiété mais sont parfois entrecoupés de jeux de mots ou de quelques familiarités.

L'hospitalisation de la malade pour cet accès a duré trois mois.

De cette observation, nous pouvons retenir que cet état mixte est apparu chez cette malade âgée de 65 ans présentant une P.M.D. d'évolution ancienne.

- OBSERVATION N° 7 -

Madame Armande P., maniaco-dépressive âgée de 44 ans, est connue du service depuis 1958.

Mariée et mère de deux enfants, elle aide son mari à cultiver la propriété familiale.

Son Q.I. est assez bas (77) ; elle a pourtant été scolarisée jusqu'à l'âge de 14 ans et a obtenu son C.E.P.

Sa mère est maniaco-dépressive et son père cyclothymique. Tous deux ont été hospitalisés plusieurs fois dans le service. Elle a présenté neuf accès mélancoliques avec anxiété vive , nombreuses plaintes hypocondriaques, idées d'incurabilité. Il faut signaler deux tentatives de suicide par électrocution en 1962 et en 1965. Deux états maniaques ont été observés chez elle : la malade se montrait très excitée, familière, érotique et parfois mystique ; un de ces accès maniaques avait débuté à la mort d'un oncle.

Au cours de l'évolution de cette P.M.D., nous avons noté quatre états mixtes :

- en 1967 (7^e hospitalisation)
- en 1971
- en 1972
- en 1973

C'est en 1972 et en 1973 que nous avons observé ces deux derniers états mixtes dont la symptomatologie était à peu près identique.

Elle se montre hyperactive, logorrhéique, prie à haute voix, raconte ses malheurs à tout le monde. Elle pleure et rit à la fois, mais ses propos dénotent une profonde tristesse, des sentiments d'incapacité et d'infériorité. Elle s'accuse de fautes insignifiantes qui auraient offensé Dieu. Des préoccupations hypocondriaques apparaissent avec impression de "tête vide", "d'estomac qui brûle", des sensations d'agression corporelle (elle croit à la sorcellerie). Quelques crises d'angoisse avec sensation d'étouffement apparaissent. On note chez elle de légères productions obsessionnelles à l'égard des vêtements.

Bien orientée dans l'espace, elle ne l'est pas dans le temps (impression que le temps s'est arrêté).

De cette observation, nous pouvons retenir la fréquence des états mixtes (4) au cours de l'évolution de cette P.M.D., et le fait qu'ils se présentent tous cliniquement de façon à peu près identique.

- OBSERVATION N° 8 -

Madame Yvonne M., maniaco-dépressive de 50 ans, est hospitalisée pour la première fois dans le service en Mai 1974. Elle avait appris le métier de couturière mais ne l'exerçait pas.

Mariée, mère de deux enfants : un fils étudiant en médecine et une fille qui s'est suicidée il y a un an, à l'âge de 26 ans.

Elle est hospitalisée quatre jours après la mort subite de son mari.

Dans le service, la malade reste couchée la plupart du temps ; elle est asthénique, n'a pas la force de s'habiller et se plaint de vagues malaises quand elle se lève. Mais son visage est animé, son regard brillant et elle parle beaucoup. Le contact est facile.

L'idéation est plutôt lente, l'orientation temporo-spatiale est correcte et on n'observe chez elle ni fausses reconnaissances, ni hallucinations.

Au cours de l'entretien, apparaissent de nombreuses préoccupations hypocondriaques, une anxiété diffuse et des sentiments dépressifs faits d'une tristesse vague, d'insécurité et d'ennui. Mais, par moments, la tonalité de l'humeur change, la malade se montre à ce moment là assez familière et exprime surtout des propos érotiques.

Si on évoque devant elle la mort récente de son mari, elle dit "Tout ça c'est du passé, il faut bien tourner la page !" puis, se met à rire et parle avec force détails de ses relations avec son beau-frère. L'insomnie et l'anorexie cèdent facilement au traitement mais l'accès dure deux mois. Elle restera à l'hôpital un peu plus longtemps car elle craint de retrouver la solitude de son appartement. Pendant cette période, il persiste chez elle quelques plaintes hypochondriaques et une anxiété diffuse.

De cette observation nous pouvons retenir le début brusque de cet état mixte au moment du décès de son mari.

- OBSERVATION N° 9 -

Madame Rosalia B., 52 ans, est hospitalisée pour la 15e fois dans le service en décembre 1974.

Cette malade est espagnole, vit en France depuis 1959 mais s'est mal adaptée à ce pays et parle encore très mal le Français.

Son père, sa mère et plusieurs membres de sa famille ont été tués sous ses yeux, lors du bombardement de Madrid au cours de la guerre d'Espagne.

Alors qu'elle était encore célibataire, elle eut un enfant qui mourut à l'âge de un an ; elle n'a jamais revu le père. Elle est actuellement mariée et mère de deux enfants.

Les premiers accès maniaco-dépressifs qui ont entraîné une hospitalisation ont débuté en 1964. Elle est connue du service depuis 1966. Six accès mélancoliques ont été observés dont deux mélancolies délirantes et 8 accès maniaques dont deux manies délirantes. Au cours de ces accès, les mêmes idées délirantes sont exprimées, quelle que soit la tonalité de l'humeur. C'est en décembre 1974 qu'elle est hospitalisée pour un état mixte :

L'excitation psycho-motrice n'est pas très importante, la malade est logorrhéique mais sans fuite des idées, les gestes sont vifs

Son faciès est très mobile, ses yeux brillants. Elle se montre très familière et joue par moments. Elle passe facilement du rire aux larmes, mais dans l'ensemble, l'humeur est euphorique. Cependant, on sent la malade très anxieuse. Elle exprime les mêmes propos délirants que lors des précédents accès, qu'ils soient mélancoliques ou maniaques ; les thèmes en sont nettement dépressifs :

- "Mon mari est un singe, il sent mauvais, il est homosexuel !"
- "Tout sent mauvais à la maison à cause de lui".
- "Mon mari est malade, il va mourir, il a un cancer".
- "La maison et les enfants sont sales".
- "Je ne peux plus vivre avec eux".
- "J'ai beaucoup souffert dans ma vie, pourquoi Dieu m'envoie cette croix ?".
- "Mes enfants ne sont pas de mon mari, ils sont du père de ma première fille qui est morte".

A ces propos s'associent des éléments hypocondriaques et des idées de culpabilité. L'agressivité à l'égard de son mari et de sa belle-soeur est très importante au cours des accès.

Ces thèmes délirants sont relativement pauvres, il faut noter que la malade a un niveau limite (74) et que le niveau socio-culturel est bas.

L'orientation temporo-spatiale est bonne. On observe des fausses reconnaissances.

Cet état se prolonge plusieurs semaines et la malade sort guérie de son accès.

De cette observation nous pouvons retenir : la persévération des thèmes identiques à travers des accès où la tonalité de l'humeur est différente :

- l'évolution ancienne de cette P.M.D.
- le niveau intellectuel limité (Q.I. : 74)

- OBSERVATION N° 10 -

Mademoiselle Jeanne G., 70 ans, a été hospitalisée dans le service de Juillet 1973 à Février 1975.

Cette malade a un long passé en clinique psychiatrique pour P.M.D. Elle est célibataire, a vécu avec ses parents jusqu'à leur mort. Depuis elle vit en maison de retraite. Le niveau socio-culturel est assez faible, la scolarisation a été brève, son Q.I. est à 83.

Depuis son arrivée dans le service, elle a présenté cinq accès paroxystiques (2 mélancoliques, 1 maniaque, 1 mixte).

C'est en Septembre 1973 que nous avons pu observer chez elle un état mixte.

Il avait été précédé d'un accès maniaque franc qui avait duré deux mois.

Sa tenue est un peu extravagante, son visage animé, elle lance de temps à autre quelques clins d'oeil entendus. Elle parle beaucoup et l'entretien est facile avec cette malade qui se montre un peu familière et parfois moqueuse.

Elle gesticule et joue quelques petites scènes. L'attention

spontanée est possible et on ne note pas de désorientation temporo-spatiale, ni d'hallucinations.

La malade est asthénique et aboulique :

"Je n'ai pas de force".

"Je ne sais pas me commander".

Elle exprime avec une certaine anxiété son ennui, sa tristesse, des idées d'abandon et d'inutilité :

"Je n'ai goût à rien".

"Je suis bien malheureuse".

"Autant mourir, je ne sers à rien, personne ne s'occupe de moi".

"La famille vous savez, que je sois ici ou ailleurs !".

Quelques idées d'incurabilité :

"Je n'en sortirai pas vivante",
et de ruine alternant avec des propos mystiques et des remarques caustiques. La malade revendique de temps à autre :

"On ne s'occupe pas bien de moi ici".

Cet accès a duré deux mois, l'humeur s'est ensuite stabilisée pendant un mois, puis un nouvel accès dépressif est apparu.

Au Rorschach, on trouve quelques symptômes obsessionnels, une inhibition instinctivo-émotionnelle, une affectivité introtenive ; les relations avec autrui sont anxiogènes, des pulsions d'agressivité refoulées qui sont source de culpabilité.

De cette observation nous pouvons retenir que cet état mixte est apparu sur une P.M.D. d'évolution ancienne au cours de laquelle les accès ont tendance à se rapprocher ; il faut également retenir l'âge de la malade : 70 ans.

- OBSERVATION N° 11 -

Madame Marie-Antoinette A., 66 ans, est une maniaco-dépressive hospitalisée 16 fois dans le service.

Veuve depuis 8 ans, elle vit seule à la campagne, cultive quelques légumes pour les vendre.

Le 17 Février 1975, elle est à nouveau admise dans le service pour un épisode mélancolique caractérisé par une inhibition psycho-motrice extrêmement importante. Son faciès est triste, peu mobile, ses yeux restent mi-clos le plus souvent. L'entretien est difficile du fait de son semi-mutisme, mais elle arrive tout de même à exprimer quelques idées de culpabilité :

"Je mérite la mort".

"Donnez moi la mort".

de suicide :

"Je préfère être morte que d'être comme cela".

"Il vaut mieux que j'en finisse".

de persécution :

"Tout le monde me veut du mal, on veut me tuer".

d'indignité :

"Je ne mérite pas cette propreté, laissez-moi dans ma misère".

L'anxiété est très importante. Un traitement par anti-dépresseurs est aussitôt prescrit.

Au bout d'un mois nous observons un virage de l'humeur.

L'inhibition psycho-motrice est toujours importante, la malade reste couchée ou assise dans un fauteuil sans faire un geste, seul le visage n'est plus figé. Si on s'approche d'elle, on voit un regard malicieux et elle arbore aussitôt un sourire ironique.

Les idées, les gestes sont lents, l'activité est pratiquement nulle, elle se réduit à de rares impulsions où la malade devient hostile et agressive. Elle sort de son mutisme pour faire des jeux de mots, on peut également observer une petite activité de jeu, puis elle retombe dans son immobilité.

Cette malade reste cependant anxieuse pendant toute cette période.

Cet état mixte s'est prolongé une semaine pour s'orienter ensuite vers un accès maniaque franc.

- OBSERVATION N° 12 -

Madame Catherine C., 65 ans, est hospitalisée dans le service depuis le 27 Mars 1971.

A cette époque elle avait présenté une manie de deuil qui avait débuté par une crise de fou rire pendant l'enterrement de son mari.

Depuis, elle n'a plus quitté le service et présente des alternances de manie et de dépression.

En Mars 1973, nous avons pu observer un état mixte lors d'une période de transition d'un accès mélancolie à un accès maniaque, à l'état d'inhibition psycho-motrice que présentait cette malade succède en quelques jours un état d'excitation, sa tenue vestimentaire est excentrique, son maquillage peu discret, elle ne quitte plus son sac à main de la journée, même pour accomplir quelques travaux ménagers ; elle poursuit les paons dans le jardin du service pour leur arracher les plumes.

Son faciès est mobile, le ton de sa voix a changé lui aussi, il est plus aigu. Elle paraît alors plus tendue, commence à exprimer des idées mégalomaniaques ; cependant le plus souvent le thème de ses propos reste dépressif, le vocabulaire est réduit et la malade exprime encore des plaintes hypochondriaques ainsi que son anxiété. Il lui arrive d'abandonner pour un instant ses idées tristes pour faire une remarque

désobligeante sur son entourage.

Pendant toute cette période, l'orientation temporo-spatiale est restée correcte.

- OBSERVATION N° 13 -

Mademoiselle Geneviève B., 55 ans, est hospitalisée pour la 18ème fois dans le service le 19 mars 1973.

Elle présente une psychose maniaco-dépressive avec alternance d'épisodes maniaques et mélancoliques.

Depuis le mois de Mars 1973, les accès apparaissent au rythme de deux ou trois par an, avec parfois deux accès immédiatement consécutifs. C'est ce que nous avons observé en Janvier 1975 au moment du passage d'un accès maniaque à un accès mélancolique.

Cette période de transition a duré trois semaines, pendant ce temps ont coexisté des signes de manie et de dépression. Nous avons vu s'estomper les premiers et apparaître un à un des symptômes dépressifs.

Le besoin impérieux d'activité ainsi que la logorrhée commencent à diminuer mais l'association des idées est encore rapide. Elle continue à exprimer les mêmes propos mégalomaniaques et érotiques de la phase maniaque, mais ils sont maintenant entrecoupés de plaintes hypochondriaques et de jour en jour apparaissent des idées de culpabilité, des craintes de persécution (crainte des électrochocs, peur d'être placée en service fermé, peur d'être tuée). Elle commence alors à être très

anxieuse, tendue, hostile et méfiante. Mais l'humeur est encore instable et elle passe rapidement du rire aux larmes. Au cours de cette période il faut noter l'apparition d'un état subconfusionnel qui n'a duré que quelques heures.

Au bout de trois semaines, les éléments maniaques ont totalement disparu pour laisser la place à un accès de mélancolie anxieuse.

Il faut noter dans les antécédents de cette malade que le quatrième accès de sa maladie fut un accès mixte.

- OBSERVATION N° 14 -

Madame Paule D., 67 ans, est une maniaco-dépressive bien connue du service depuis 1945. Elle est hospitalisée pour la 10e fois en Août 1965 pour un accès maniaque. Depuis, les accès se succèdent au rythme de un par an environ. C'est au moment du passage d'un état maniaque à un accès mélancolique que nous avons observé un épisode mixte lors de cette phase de transition ; c'était en juin 1973.

La malade présente une excitation psycho-motrice importante ; elle chante, a tendance à se promener nue et est insomniaque. Son humeur est plutôt euphorique et aux idées de grandeur se mêlent des propos mystiques :

"Je suis persuadée qu'il y a peu de personnes au monde comme moi"

"Le pape me donne la puissance, je vais vous guérir".

L'association des idées est rapide, mais au cours de l'entretien on commence à noter des thèmes dépressifs ainsi qu'une anxiété diffuse.

"Je suis torturée spirituellement" dit-elle.

Elle commence à exprimer quelques idées de culpabilité :

"J'ai trahi la France"

"J'ai fait une mauvaise piqure à mon mari",

de suicide et de mort : "Je préfère ne pas manger et en finir".

"Tout le monde va mourir" - "Mon fils est mort" - "Je ne sortirai d'ici

qu'avec une robe de planches, je n'ai plus personne, je n'ai qu'à mourir !".

L'orientation temporo-spatiale est correcte. Cet état mixte dure une semaine et est suivi d'un accès mélancolique franc.

Les examens psychométriques montrent une intelligence médiocre; au Rorschach, l'ensemble du contenu extériorise davantage l'état dépressif que la période d'excitation (angoisse hypocondriaque). Beaucoup de réponses présentent un caractère masochiste avec intentionnalité destructive.

- OBSERVATION N° 15 -

Madame Sophia B., 66 ans, maniaco-dépressive connue du service depuis 1965 est hospitalisée pour la 11e fois en Janvier 1975 pour un accès mélancolique. C'est après un mois de traitement par anti-dépresseurs que nous avons observé une phase de transition à symptomatologie mixte.

Cette malade commence à avoir un besoin impérieux d'activité, parle sans arrêt ; elle retrouve une amie dans le service, ce qui est pour elle l'occasion de "grandes embrassades" très démonstratives. Elle devient familière mais son humeur est encore triste ; elle est découragée, pessimiste, ne se sent pas en sécurité, a une crainte anxieuse de l'avenir.

Les préoccupations hypocondriaques sont multiples : céphalées, sensation de tête vide, jambes lourdes etc...

Elle pleure encore de temps à autre. L'orientation temporo-spatiale est correcte et on n'observe chez elle, ni fausses reconnaissances, ni hallucinations. Les idées dépressives se sont estompées en une semaine laissant la place à une humeur expansive.

- OBSERVATION N° 16 -

Madame Emma S., 66 ans, a été hospitalisée pour la 11e fois dans le service en Novembre 1973 pour un accès mélancolique. Chez cette malade, les accès se rapprochent de plus en plus et cèdent beaucoup plus difficilement aux traitements habituels.

C'est en Juin 1973, alors que s'estompait son dernier accès dépressif que nous avons observé un tableau clinique qui associait : un état d'agitation anxieuse, une logorrhée, quelques petits rires et sourires ironiques. La malade chantonne par moment, mais ses propos restent tristes et nous retrouvons toujours les mêmes idées exprimées lors de l'accès précédent :

- idées d'incurabilité : "Je ne guérirai pas, je mourrai
ici"

- idées de ruine : "J'ai tout perdu"
"Je n'ai plus d'argent"

- des idées de suicide.

De son état mélancolique antérieur, ce sont les idées dépressives et l'anxiété qui ont été les dernières à disparaître, alors que déjà beaucoup de symptômes annonçaient un accès maniaque.

- OBSERVATION N° 17 -

Monsieur Emile G., 56 ans, est un maniaco-dépressif connu du service depuis 1956. Il est hospitalisé pour la dernière fois dans le service en Mai 1973 ; depuis, un traitement par Lithium l'a bien stabilisé.

En 1973, il est hospitalisé pour un accès maniaque ; après 3 semaines de traitement, l'élément maniaque semble laisser la place à un état dépressif ; et c'est un tableau d'état mixte au cours de cette période de transition que nous avons pu observer. Le malade est toujours excité, asthénique, son regard est vif, il fait des jeux de mots : "On tue le temps en attendant que le temps nous tue ..." ; il est toujours euphorique, mais des crises d'angoisse apparaissent par moments où il se sent persécuté et en danger de mort : "Tout le monde m'en veut" - "On veut me tuer". Il exprime des idées de suicide. Le malade est tendu et exprime des idées tristes.

Les examens psychologiques (T.D.T.), (Rorschach) font ressortir une structure de base dépressive et inhibée ainsi que de l'anxiété.

Cette anxiété est d'ailleurs bien exprimée dans une lettre écrite par le malade : "Je me vois contraint d'arrêter le traitement qui ne fait qu'augmenter l'angoisse qui me tenaille d'une façon extrê-

mement douloureuse. Les idées noires sont toujours présentes. Je suis facilement irritable et recherche particulièrement le calme et la tranquillité aux abords immédiats de la nature (toutefois toujours empreint de cette angoisse, hélas !). Je suis possédé par un écoeurément très prononcé bien que j'ai eu avant l'esprit bricoleur ; j'agis à contre coeur et sans goût. De cet état de chose je souffre éperdument".

De l'étude de ces dix maniaco-dépressifs ayant présenté des états mixtes de longue durée, nous pouvons retenir que, dans tous les cas, l'excitation et la dépression se chevauchent, le malade exprime en phase maniaque des idées dépressives et vice-versa.

Dans la majorité des cas, nous n'avons pas noté d'état confusionnel au cours de ces accès ; seul, un état subconfusionnel a été observé dans un cas en début d'accès.

Dans la plupart des cas, le Q.I. des malades est bon, il ne s'agit pas de débiles, deux malades seulement ont un niveau limite.

Parmi ces dix malades, trois avaient déjà présenté des états mixtes dans leurs antécédents (de 2 à 4 accès) ; pour les sept autres, il s'agit du premier état mixte apparaissant entre 50 et 70 ans.

Nous avons donc deux groupes de malades :

- Le premier chez qui les états mixtes apparaissent régulièrement au cours de la P.M.D., en alternance avec des accès dépressifs ou maniaques et cela très tôt dans l'évolution de la maladie.

- Quant au deuxième groupe, il semble, au premier abord, que l'âge du patient puisse, par l'affaiblissement intellectuel nais-

sant, conditionner des états mixtes ; en fait, nous avons observé, par la suite, chez ces mêmes malades des accès mélancoliques ou maniaques francs. Il semblerait plutôt que le facteur "favorisant" l'apparition de ces états soit la durée d'évolution de la P.M.D. En effet, tous les cas observés l'ont été au cours de P.M.D. d'évolution ancienne.

Dans le premier groupe de malades, trois d'entre eux ont présenté à chaque fois le même type d'état mixte ; pour un seul malade, la symptomatologie des accès a été différente.

Les états mixtes de longue durée que nous avons observés sont apparus au cours de P.M.D. de forme grave : accès rapprochés ou ayant tendance à se rapprocher et devenant de plus en plus difficiles à traiter.

Quant aux états mixtes des périodes de transition, ils apparaissent dans les mêmes conditions que les précédents, au cours de P.M.D. d'évolution ancienne, chez des personnes de 55 à 67 ans et donnent des tableaux à symptomatologie variable et fugace.

OBSERVATIONS	Age du Malade	Nombre d'Accès Mixtes antérieurs
1	65	0
2	52	0
3	58	2 (53 et 54 ans)
4	70	0
5	56	4 (33,38,48 et 51 ans)
6	65	0
7	44	3 (38,42,43 ans)
8	50	0
9	52	0
10	70	0

IV - D I S C U S S I O N

1°) - Place nosographique des états mixtes

Nous avons limité notre étude aux Etats Mixtes de la psychose maniaco-dépressive. Nous avons vu au cours de l'historique qu'ils avaient été intégrés à des cadres différents et successifs.

BENOIT parle dans sa thèse "d'impasse nosographique" dans laquelle se trouveraient les états mixtes et y voyait l'explication de la désaffection de beaucoup d'auteurs pour cette notion :

"Ayant plus ou moins conscience de ce rassemblement un peu forcé d'états mixtes, de l'effort fait par les psychiatres de 1920 et de 1930 pour tirer de ce groupe des syndrômes à classer sous des rubriques bien différentes, la plupart des auteurs, soit s'abstiennent d'utiliser une notion aussi décriée et aussi dangereuse, soit se cantonnent dans un diagnostic simple appelant état mixte (comme le signalait déjà DERON en 1928) le passage brusque du rire aux larmes chez un malade, ce qui n'est souvent que discordance chez un schizophrène ou variabilité de l'humeur chez un maniaque".

Ainsi la différenciation des états mixtes en dehors de l'entité maniaque dépressive aboutit à un éparpillement de cette notion.

Afin de déterminer leur place nosographique actuelle, nous aborderons dans un premier temps le problème théorique de leur classification en développant plus particulièrement la conception Kraepelinienne des Etats Mixtes ; nous ferons ensuite une revue rapide de la littérature plus récente consacrée aux états mixtes de la P.M.D.

- PROBLEME HISTORIQUE DE LEUR CLASSIFICATION -

- SCHEMATISATION DES ETATS MIXTES D'APRES KRAEPELIN -

Bien que déjà entrevus par le psychiatre belge GUISLAIN ils représentent une des contributions les plus originales de KRAEPELIN.

En 1909, au Congrès de NANTES, G. BALLETT en saluait la nouveauté, car on croyait jusque là à l'incomptabilité de la dépression et de la manie dans la même phase évolutive.

Pour KRAEPELIN, la manie et la mélancolie sont deux états homologues que l'observation trop superficielle des malades a conduit à séparer.

Au premier examen, la manie peut paraître entraîner une exagération des fonctions intellectuelles, mais ce n'est qu'une apparence.

Le maniaque perd la possibilité de contrôler ses processus psychiques, il se trouve incapable d'orienter dans un sens déterminé le flot d'idées qui l'effleurent.

DOMERGUE dans sa thèse, cite une de ces malades qui écrit :

"Je voulais bien l'énoncer, mais ma pensée est allée plus vite que ma plume". Cette patiente exprimant bien ainsi l'impossibilité de mettre de l'ordre dans son activité psychique et la mener à bonne fin.

Les productions sont une suite de détails sans lieu solide ni but précis, elles sont longues mais presque vides de sens.

Le verbiage des maniaques avait longtemps fait penser que chez eux l'intelligence était supérieure, en réalité les liens associatifs sont fragiles, les mots entraînant les mots et sous cette façade brillante, se cache la pauvreté de leur activité supérieure.

ANTHEAUME fait remarquer qu'au discours du maniaque s'applique bien ce vers de VOLTAIRE : "Un déluge de mots sur un désert d'idées".

Le maniaque, tout comme le mélancolique se montre incapable de retenir et d'analyser une impression.

Il en résulte, dit KRAEPELIN, que dans les deux cas, l'image de ce qui entoure le malade est déformée car elle est incomplète, faite d'une foule d'éléments juxtaposés, le malade ne pouvant en faire une synthèse.

Le ralentissement de l'association des idées est constant ;

il est évident dans la mélancolie. Mais, si nous observons bien un maniaque, nous constatons qu'il est incapable de suivre une idée directrice, il ne peut poursuivre un raisonnement car ses idées se suivent au hasard des circonstances, amenées parfois par un détail extérieur ou par un mot.

Enfin, dans ces deux affections, KRAEPELIN note une indifférence émotionnelle allant de la simple déviation des sentiments affectifs à leur perte à peu près complète.

Les observations cliniques montrent la parenté étroite des états mélancoliques et maniaques ; dans les deux cas on admet qu'il s'agit de psychoses se développant sur un terrain spécial, dont on ne trouve l'explication que dans l'hérédité.

Le dernier argument de KRAEPELIN pour ranger définitivement la manie et la mélancolie dans une même synthèse, est l'existence de cas cliniques où s'intriquent certains éléments de la manie et de la mélancolie ; c'est à ces cas cliniques qu'il donnera le nom d'Etats Mixtes.

Pour en faciliter l'étude, les phénomènes psychologiques sont divisés en trois grands groupes :

- phénomènes intellectuels,
- phénomènes psycho-moteurs,
- phénomènes affectifs.

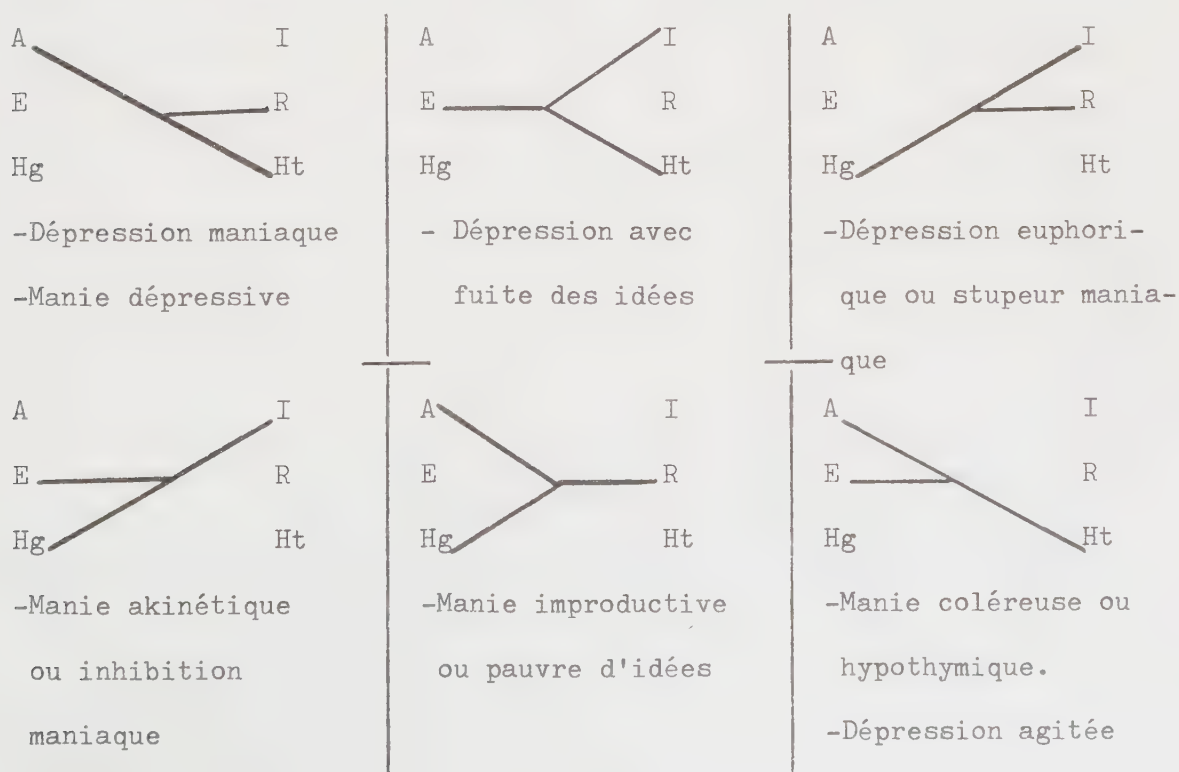
Dans le cas de la manie on a une fuite d'idées, le besoin de mouvements et l'humeur gaie.

Dans la mélancolie, on observe une lenteur allant parfois jusqu'à l'arrêt total des représentations, l'inertie motrice et l'humeur triste ou coléreuse.

L'ensemble de ces trois éléments donne le tableau clinique classique du maniaque ou du mélancolique.

Mais, il est des cas assez fréquents où l'on rencontre un des éléments de la manie joints à deux éléments mélancoliques et ce sont ces cas auxquels KRAEPELIN donnera le nom d'Etats Mixtes.

Les schémas présentés par G. BALLET donnent une idée assez nette de la composition de ces états.



A : Agitation motrice.

E : Excitation psychique.

Hg : Humeur gaie.

I : Inertie motrice.

R : Ralentissement psychique.

Ht : Humeur triste.

Cet auteur écrit, dans le traité de BOUCHARD et BRISSAUD (9) :

"Dans cette forme d'accès, on trouve associés chez le même malade et au même moment les signes de l'état maniaque et de l'état mélancolique ; elle présente un grand intérêt car elle démontre la commune origine et la nature identique de phénomènes en apparence opposés, c'est-à-dire de l'excitation et de la dépression".

Ces états se rencontrent surtout au moment où le malade passe de l'une des phases de la maladie à l'autre car le passage ne se fait pas brusquement, en un seul temps pour les divers groupes de phénomènes psychologiques.

Il est également possible d'observer ces accès à l'état pur en quelque sorte et remplaçant dans l'évolution de la maladie une phase de manie ou de mélancolie franche.

Ces cas sont peut-être moins fréquents que les premiers, cependant ils s'observent assez souvent et peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic lorsqu'ils surviennent chez des malades dont on

n'a pas pu voir les crises antérieures.

Enfin, d'après KRAEPELIN, la mélancolie d'involution se présenterait toujours sous la forme atypique d'un état mixte.

La quantité des éléments constitutifs de chacun de ces groupes est variable chez les différents malades, mais encore elle varie sans cesse chez le même malade et rares sont les cas où l'on peut observer une stabilité au cours de ces états : l'aspect de ces malades change sans cesse.

Les schémas de KRAEPELIN n'ont pas la prétention d'être autre chose qu'une grossière image, en effet, de nombreux états transitoires pourraient être décrits.

KRAEPELIN, enfin, fait remarquer que les réactions des malades sont fonction, non de la seule maladie, mais aussi du fond mental, des prédispositions héréditaires.

Ces réserves faites, nous allons donner une description des divers états mixtes, selon KRAEPELIN :

1°) - La manie coléreuse ou manie furieuse ou la dépression agitée
de WEYGANDT :

C'est un état maniaque dans lequel le ton affectif au lieu

d'être gai est coléreux, maussade. Le malade, extrêmement excitable est en proie à des accès de colère, couvre l'entourage d'injures. Il est agité, bruyant, loquace.

La fuite des idées en fait un instable.

Plein d'estime pour lui-même, il est plein de mépris pour les autres.

Ces malades sont mécontents, intolérants, ils cherchent sans cesse à blesser. Le malade est insupportable, hautain, il va et vient, injurie et frappe ses voisins.

NOUET et TRESPART ont détaché de ce tableau plusieurs formes :

- une forme hypothyrique où les malades furieux et tristes restent calmes, aussi longtemps que personne ne vient troubler leur quiétude,
- une forme où la fuite des idées est prévalente, le malade est logorrhéique, il assomme son entourage de l'exposé incessant de ses idées délirantes de grandeur ou de persécution émaillant ses discours de jeux de mots ou d'associations par assonances,
- une troisième forme où les troubles moteurs sont au premier plan, le maniaque s'agite, saute, danse, court, déchire ses vêtements ou brise tout ce qui se trouve à sa portée.

Si le ton de l'humeur baisse, le tableau clinique devient celui de la manie taquine de HECKER : l'agitation est à peine apparente, le malade a le sourire au coin des lèvres et se contente de se moquer de ceux qui sont à sa portée, se querellant avec eux et tout en se rendant compte de son état pathologique, n'en conserve pas moins pour lui-même une estime qu'il pousse parfois assez loin.

Si dans la manie coléreuse nous remplaçons la fuite des idées par l'arrêt de la pensée, nous obtenons :

2°) - L'excitation avec dépression ou la manie dépressive :

Dans ce cas, les éléments psycho-moteurs de la manie voisinent avec une lenteur de l'idéation et une tristesse de l'humeur qui appartient à la mélancolie.

Ces malades sont agités, remuants, leur faciès est animé, leurs yeux sont brillants, mais derrière cette façade se cache une profonde tristesse qui les pousse à d'interminables et monotones gémissements.

Leur vocabulaire réduit permet l'exposé de leurs doléances, de leurs craintes ou d'idées hypocondriaques toujours les mêmes.

Très bien orientés, ils peuvent abandonner un instant leur

thème de lamentation pour faire une remarque désobligeante sur un voisin ou sur le régime auquel on les soumet.

Si dans cet état l'humeur devient gaie, nous obtenons alors un état maniaque sans fuite des idées.

3°) - La manie improductive :

C'est classiquement l'un des états mixtes les plus souvent rencontrés en clinique.

Dans ce cas, l'humeur est gaie, l'activité débordante, mais l'idéation est ralentie.

Les perceptions sont lentes et inexactes.

Les questions simples semblent ne pas être comprises.

Ces malades ne se soucient pas de leur état, ils sont indifférents à tout ce qui les entoure.

Cet état est sujet à de grandes oscillations, l'humeur des malades est sereine, ils rient à la moindre chose, mais leurs discours sont incohérents, vides, ils parlent peu.

L'impulsion à l'action se limite à danser un peu, à changer de place.

Ils sont portés aux farces et aux actes inutiles et sont muets sur les raisons de ces actes.

Ce sont en général des voisins désagréables : ils cachent ou volent ce qui se trouve à portée de leurs mains, déchirent leurs papiers, salissent leur lit et tout cela avec l'air heureux de grands enfants restés niais.

4°) - La stupeur maniaque :

Ce fut le premier état mixte découvert par KRAEPELIN ; c'est à partir de cette découverte qu'il cherche les autres états.

Ces malades ressemblent un peu à des mélancoliques dont l'humeur serait expansive. Les idées et les gestes sont lents, la parole est difficile.

Ils ont une activité presque nulle, se réduisant à de rares impulsions qui leur font briser tout ce qu'ils rencontrent.

Leur faciès reste impassible, mais ils suivent les allées et venues et manifestent parfois la gaieté de leur humeur par un sourire ironique et malin, un besoin de se parer de coiffures bizarres,

d'ornements barroques.

Ils sortent parfois de leur mutisme pour faire un jeu de mots ou proférer une injure.

Ces malades sont conscients et bien orientés.

KRAEPELIN donne comme exemple un malade très avare de paroles, mais disant souvent une phrase drôle, familière avec le médecin, s'approchant érotiquement de lui pour retomber ensuite dans son immobilité.

5°) - Dépression avec fuite des idées :

C'est une forme assez rare où la fuite des idées voisine avec une tristesse morbide et une activité diminuée.

Le malade est le plus souvent muet et tranquille, il manifeste parfois de la gaieté.

Mais, il n'est plus maître de son esprit : une foule d'idées nouvelle se presse dans son cerveau.

Il écrit volontiers, souvent de manière confuse, leurs écrits sont pleins d'idées délirantes et de peur.

Affectueux envers son entourage, il exprime des craintes de persécution, parfois de culpabilité souvent des préoccupations hypocondriaques.

6°) - Inhibition maniaque ou manie akinétique (DENY et CAMUS) :

Cet état comporte une activité diminuée, avec fuite des idées et humeur gaie.

L'attention du malade est instable et facilement détournée.

Tout en restant couché, il profère des mots d'esprit, déclame, il est gai et rieur.

Il ne se lève que pour faire une niche, briser un objet et retrouver aussitôt son immobilité primitive.

Ces six variétés décrites par KRAEPELIN sont schématiques et ne prennent en considération que trois catégories de manifestations cliniques, mais, ces trois ordres de symptômes sont les plus importants et les plus communément admis.

De nombreuses autres variétés pourraient être décrites, si l'on tenait compte d'autres éléments cliniques (idées délirantes, troubles psycho-sensoriels, etc...).

KRAEPELIN signale à ce propos, avoir observé chez des maniaco-dépressifs, de façon assez fréquente, une contradiction entre le contenu, le thème des idées et la coloration de l'humeur.

Ainsi, certains malades parlent en riant de leurs idées hypocondriaques, ou bien d'autres annoncent avec enjouement leur mort prochaine.

Il écrit même que (79) "gaiété d'une part, tristesse ou anxiété de l'autre, ne sont pas de simples contrastes qui s'excluent, elles peuvent s'intriquer de diverses manières".

Certains états affectifs rencontrés chez des malades lui paraissent de caractère mixte : tel ce mélange de désespoir et de moquerie désigné par KRAEPELIN sous le nom de "galgen humor" (humour de potence, de condamné à mort), l'humeur de certains déprimés, ou encore l'ironie, la dérision que certains malades exercent à leurs propres dépens.

Des états affectifs analogues pourraient être retrouvés chez des sujets normaux, KRAEPELIN ajoute toutefois que, malgré la multiplicité des états mixtes théoriquement concevables, la majorité de ceux rencontrés correspondent aux six types qu'il a décrits.

Les états mixtes comportent enfin pour cet auteur une certaine

valeur pronostique. Ceux-ci apparaîtraient plutôt à une période assez tardive dans le cours de la P.M.D., stade auquel se manifeste en général une tendance à la prolongation des accès ; aussi les états mixtes lui paraissent-ils devoir être considérés, dans l'ensemble, comme des formes plus défavorables que les accès maniaques ou mélancoliques francs.

7°) - Données cliniques récentes :

Au cours de notre travail, nous avons observé deux groupes d'états mixtes apparus tous au cours de P.M.D. Le premier groupe comprend des états mixtes de courte durée observés lors de périodes de transition d'un accès maniaque à un accès mélancolique ou inversement : le deuxième est composé d'états mixtes de longue durée apparaissant comme équivalent d'un accès mélancolique ou maniaque.

Nous ferons tout d'abord une brève revue de littérature concernant les états mixtes du premier groupe.

a) - Les "Virages" Mixtes :

L'observation attentive de la période de transition des états maniaques et mélancoliques, dans les cas où ils se succèdent sans intervalle libre, montre que fréquemment certains symptômes du premier syndrome s'effacent plus vite

et d'autres plus lentement, tandis que déjà apparaissent les symptômes du syndrome nouveau.

Lors de l'étude des divers modes d'évolution de la P.M.D., on retrouve chez de nombreux auteurs la description de ces périodes mixtes de transition.

Les modes d'évolution de la P.M.D. sont très variés, ils ont été décrits de façon complète. Les auteurs qui l'ont étudié ont attaché à chacun de ces modes un nom particulier.

La P.M.D. peut évoluer sur un mode de manie ou de mélancolie intermittente se caractérisant par la succession d'accès maniaques ou mélancoliques, toujours du même type. Entre ces accès le malade présente des intervalles normaux de durée variable.

Si les phases maniaques et dépressives se succèdent, séparées les unes des autres par des périodes de retour à la normalité, on parle de folie alterne.

On appelle folie à double forme, une P.M.D. au cours de laquelle les deux phases maniaques et mélancoliques se couplent et se succèdent séparées les unes des autres par des intervalles durant lesquels le malade revient à l'état normal.

Enfin, BAILLARGER décrit la forme circulaire qui se caractérise par la succession d'épisodes dépressifs et maniaques, le malade oscillant sans cesse entre ces deux pôles sans qu'il ne présente aucune rémission.

Le mode de transition d'un accès mélancolique ou maniaque à l'accès inverse est très variable. Les questions qui se posaient alors, étaient de savoir si le malade présentait des phases d'équilibre à ce moment là.

FABRET n'y voyait pas une période tout à fait normale, mais très imparfaite et de bien courte durée, qu'il comparait au repos passager de la mer entre la marée montante et la marée descendante (88) "Il se produit un état assez difficile à caractériser. Il participe de l'excitation très amoindrie et de la dépression qui commence. Est-ce là un véritable intervalle lucide ? Nous répondrons négativement en prenant en considération la généralité des faits".

BAILLARGER parlait de fausses intermittences et plusieurs auteurs comparent ce passage à la période de réveil ou la clarté indécise du crépuscule, période où l'on ne peut dire si la nuit est venue ou si le jour a disparu.

Cette période de passage est parfois très courte, et peut

même survenir pendant le sommeil comme l'observait

BAILLARGER : "Tel malade qui s'était couché mélancolique se réveille maniaque".

Ces transformations brutales ne sont pas de règles, le plus souvent elle est lente et progressive. C'est à cette phase de passage que s'appliquent le mieux les idées de DENY, ROGUES de FURSAC et BRESLER, qui ne croient pas à la grande fréquence des accès maniaques et mélancoliques purs. Pour ces auteurs, ce que l'on observe ce sont des états mixtes plus ou moins frustrés, les uns à prépondérance maniaque, les autres à prépondérance dépressive.

Les états mixtes s'observent donc, le plus souvent lors des périodes de transition entre la phase d'excitation et celle de dépression, ou inversement, au cours d'un accès à double forme ou circulaire.

Dans ces cas, ils présentent certaines particularités évolutives; ils sont, dans la règle, de courte durée, mobiles et instables.

Ces caractères s'expliqueraient, selon KRAEPELIN, par la transformation partielle et successive des symptômes fondamentaux : intellectuels, affectifs et psycho-moteurs.

La transformation de ces trois catégories d'éléments symptomatiques en leurs opposés ne se fait pas simultanément, il se produit habituellement un décalage : un trouble ayant déjà viré en son opposé, tandis que les deux autres sont encore inchangés.

Enfin, chacun des éléments subit, pour son propre compte des variations de degré d'intensité. On conçoit que ces variations qualitatives et quantitatives, elles-mêmes des plus irrégulières, aient pour résultat les tableaux cliniques les plus fugaces et instables.

Certains auteurs, comme ARNAUD dans le Traité de G. BALLET, avaient déjà noté que les malades atteints de manie ou de mélancolie pouvaient, au début ou vers la fin de leur accès, présenter des aspects anormaux. Il écrivait (8) "Les mélancoliques, humbles d'apparence, restent souvent irritables et malveillants envers les personnes qui les entourent, ils ont parfois de violents accès de colère et ils se livrent à des actes nuisibles". Il admettait que ces phénomènes psycho-moteurs représentaient en quelque sorte le reliquat de leur manie ancienne.

Ces périodes de transition ont été étudiées récemment (1972) par William E. BUNNEY et ses collaborateurs : ils ont fait une observation de ces phénomènes de "renversement" de

l'humeur, de ses périodes se situant entre un accès maniaque et un accès mélancolique.

Cette étude a été faite sur 17 malades suivis deux fois par semaine et cela pendant 5 ans.

Durant cette période, ils ont pu observer 7 passages d'un état maniaque à un état dépressif :

- dans la majorité des cas, cette période de transition est courte (1 à 4 jours) mais peut atteindre 20 à 30 jours,
 - pendant cette période, ils ont observé une association de symptômes dépressifs et maniaques. L'anxiété est toujours présente,
 - le nombre d'heures de sommeil augmente dans la nuit qui précède le passage à un état dépressif pur.
- 10 passages de la dépression à la manie ont été observés. Pour 6 d'entre-eux, cette période va de 1 à 4 jours pendant lesquels on peut observer une phase normale, 4 passages ont été plus longs (de 12 à 49 jours) pendant lesquels des symptômes de dépression et d'hypomanie se mêlent,
- pendant cette période le nombre d'heures de sommeil diminue.

Dans sa thèse, DOMERGUE décrit des formes de P.M.D. où

les diverses périodes sont de très courte durée, parfois un seul jour, parfois quelques heures et parle d'états mixtes transitoires. MICHAUX lui, décrit des accès maniaco-dépressifs d'alternance rapide et précise que, dans ces cas la succession rapide de symptômes peut parfois en imposer pour une simultanéité.

Selon MICHAUX, ces états sont parfois observés au début ou à la fin d'un accès typique, comme si le malade hésitait entre la manie et la mélancolie, il parle de faux états mixtes et écrit (88) "Plus souvent qu'au début de l'accès, la phase d'alternance incessante survient lorsque le malade "vire" de l'excitation à la dépression ou vice versa. Le fait fut signalé dès 1864 par FABRET, en 1897 par Krafft EBING (dans son Traité il décrit lui aussi une phase de symptomatologie indécise où la dépression succède à la manie et vice versa). Ces oscillations ne nous étonnent pas : là aussi il n'est pas rare d'observer une certaine obtusion de la conscience caractérisant un état subconfusionnel.

Cette éventualité s'observe beaucoup plus couramment maintenant, lorsque le virage d'un état à l'autre est obtenu par la convulsivothérapie électrique.

b) - Les "Accès" Mixtes de la P.M.D. :

Après avoir étudié un premier type d'états mixtes

apparaissant lors des périodes de transition, nous nous sommes attachés à observer des états mixtes survenant de façon isolée, indépendamment de tout accès maniaque en mélancolique immédiatement antérieur ou consécutif. Ces accès "isolés" représentent alors un équivalent dans le cours de la P.M.D. et classiquement ils ne sont rencontrés que de façon exceptionnelle.

Selon KRAEPELIN, lorsqu'un malade a déjà présenté un tel accès mixte, il n'est pas rare que les accès suivants revêtent aussi le même type, mais des accès maniaques ou mélancoliques peuvent aussi s'intercaler.

Enfin, cet auteur a souvent constaté une grande similitude d'aspect de ces états mixtes récidivants chez le même malade.

En général, ces états mixtes durables présentent les mêmes caractères d'instabilité et de mobilité que les états mixtes fugaces apparaissant dans les phases de transition ; là encore, on peut voir se succéder diverses variétés d'états mixtes de façon irrégulière.

Les malades en "accès mixte" peuvent présenter les aspects les plus divers et actuellement si le diagnostic d'état mixte est porté, ou si on spécifie plus la forme.

Depuis KRAEPELIN, plusieurs auteurs se sont penchés sur le problème des états mixtes. Pour mieux arriver à cerner ce que sont les états mixtes, ou plus précisément pour arriver à mieux préciser ce que signifie actuellement pour ces auteurs le diagnostic d'état mixte, nous avons fait une revue rapide des différentes conceptions de ces états.

MM. MICHAUX, SAULNIER et BUREAU dans un article paru en 1950 à propos des "Etats Mixtes" définissent les faux états mixtes et les vrais états mixtes.

Pour eux, les "faux états mixtes" sont :

- les états rencontrés en dehors d'une P.M.D. authentique,
- les accès maniaco-dépressifs d'alternance incessante s'associant à :
 - 1 confusion mentale
 - 1 débilité intellectuelle
 - 1 affaiblissement intellectuel.

Pour ces auteurs, comme pour DEVAUX et LOGRE, même les six formes d'états mixtes de KRAEPELIN ne seraient pas de vrais états mixtes, mais les uns des manies, les autres des mélancolies atypiques.

Ils soulignent que ces schémas d'états mixtes n'envisagent que le cours des idées, le thème idéique étant méconnu. Or, habituellement une personne normale aligne ses idées sur son

humeur, de même chez le mélancolique les idées sont de la même teinte que l'humeur qui les inspire ; chez le maniaque dont on connaît la mobilité affective et idéique, les deux éléments varient parallèlement.

Pour ces auteurs, la dissonance idéo-affective est le substratum des états mixtes vrais : cette dissonance serait la conséquence d'un processus étudié par les auteurs dans la P.M.D., qui est la tendance à la persévération des thèmes idéiques :

- soit qu'une idée issue d'un accès mélancolique persiste dans un accès maniaque immédiatement consécutif,
- soit que l'idée persiste d'un accès maniaque à un accès mélancolique, ce qui est exceptionnel,
- soit entre accès de sens analogue ou opposé et d'intervalles plus ou moins lointains.

L'idée ne se manifestant jamais en dehors de l'accès.

Cette persévération peut se produire pour des idées délirantes, mais encore pour des phénomènes obsessionnels ou de méconnaissances systématiques. Donc, pour eux, même la P.M.D. peut conditionner de faux états mixtes, le cadre des vrais états mixtes étant très restreint et leur caractéristique essentielle étant la dissonance idéo-affective. Les états mixtes le plus souvent rencontrés seraient le résultat de la

persévération d'idées dépressives issues d'un accès mélancolique, au milieu du contexte effectif d'un accès maniaque consécuteur. L'éventualité opposée étant l'observation plus rare.

BROCHERIOU, élève de MICHAUX, présente dans sa thèse des observations d'états mixtes vrais et en détache une même physionomie clinique.

"Dans l'ensemble les perturbations de l'affectivité sont au premier plan, laissant les manifestations délirantes un peu au second plan du tableau.

Dans tous ces cas, l'état affectif comportait une part d'anxiété, souvent aussi une légère irritabilité et parfois une certaine ironie et dans la plupart des cas l'on note la présence d'un état subconfusionnel, le plus souvent initial, parfois intercurrent. Tous ces accès présentent une certaine similitude du point de vue évolutif : en général le début de l'accès mixte a été brusque, succédant immédiatement à la transformation de l'état thymique (de la dépression à l'excitation), que celle-ci ait été spontanée ou provoquée par le traitement électrique".

Nous voyons que la position théorique de MICHAUX se situe dans le dernier courant de l'histoire des rapports des délires polymorphes avec la P.M.D. ; s'éloignant de la P.M.D. pour retomber dans le problème des délires avec états affectifs.

Six ans après l'article publié par MICHAUX, G. DAUMEZON et G. BENOIT (Congrès de Neurologie de BORDEAUX) soulignent la fréquence accrue des états mixtes en période de présénilité, les antécédents d'épisodes confusionnels et souvent des antécédents familiaux similaires. Dans leur analyse des divers éléments étiologiques retrouvés chez les sujets en état mixte, ils signalent (37) "Une personnalité névrotique surcompensée, dont les attitudes ascillentent le "sérieux" pour adulte et la quasi puérilisme, qui trahit l'aniération affective fondamentale. Dans ce cas, le quasi-puérilisme est camouflé dans l'humour spécifique de l'état mixte".

Pour une de leurs observations présentées, l'état mixte était le signal symptôme d'une détérioration par atrophie corticale au début ; dans deux cas, l'état mixte coexistait avec des signes de dysendocrinie thyroïdienne.

Enfin, ils admettent que l'état mixte peut-être le point de départ d'une évolution délirante ; ce point de vue étant en continuité avec les conceptions de MICHAUX et de son équipe.

G. BENOIT, dans un article paru dans les annales médico-psychologiques en 1960, développera sa conception des états mixtes en général et de l'état mixte de la P.M.D. en particulier ; car pour lui on peut observer de vrais états mixtes même en dehors d'une P.M.D. authentique.

Il présente, dans ce travail, un aspect sémiologique primaire de l'état mixte :

- il s'agit d'un malade le plus souvent aux alentours de la quarantaine, ayant des antécédents maniaco-dépressifs connus,
- les circonstances d'admission sont diverses : parfois phase d'excitation, parfois tentative de suicide,
- tous les aspects, tous les tableaux de KRAEPELIN sont possibles. Mais, dans tous ces états, il note un certain nombre de traits permanents (15) :

- "1) - L'attitude indifférente, apparemment passive et figée.
- 2) - Le ton d'exposé toujours monotone, servant parfois à des explosions plaisantes ou colériques, mais sans monter d'une note.
- 3) - Au cours du contact, le détachement vis-à-vis des problèmes.
- 4) - Mais, aussi l'évocation dramatique continue des problèmes capitaux : échec ou réussite de l'existence, valeur ou non valeur de l'individu, désir de mort, soit verbalement, soit une sorte de jeu dramatique qui semble toujours détaché de son objet véritable.
- 5) - Cette évocation est l'occasion d'une chute, jamais déterminée, vers la manie ou vers la mélancolie suivant le thème.

6) - Oscillations perpétuelles, mais aussi attitude sans grand changement au fond et qui peut se permettre tous les tableaux cliniques sans y adhérer. Ainsi, coexistent le désir de mort et l'attachement à l'existence, le désir de travail et son refus, l'amour pour l'autre et le désir d'indépendance.

7) - Ce qui compte, c'est ce jeu perpétuel des contraires qui aboutit à leur annulation commune".

De cet ensemble de faits, G. BENOIT dégage deux grands traits particuliers qui sont :

- le mode coexistence des symptômes et l'indifférence affective.

Pour lui : "le sujet est à la fois gai et triste, ralenti et excité, agité et calme, car il donne le sentiment de vivre en même temps dans un climat de passivité toutes ces potentialités. Il les vit, mais aussi les raconte ; ainsi s'introduit un plan de récit qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie".

Quant à l'indifférence affective de l'état mixte, il la différencie de celle du schizophrène qui est défense contre l'anxiété ; dans ce cas elle est absence d'anxiété sous la forme que nous connaissons d'ordinaire (15) : "L'anxiété est agie à tout moment dans cet ensemble d'évocations contraires. Qu'elle entre sous une forme réelle dans le jeu et le tableau

est transformé parfois dans le sens de la guérison".

L'étude phénoménologique qu'il propose ensuite montre l'attitude humoristique au coeur même du problème de l'homme mixte.

S'interrogeant sur la signification profonde de l'état mixte, il le conçoit, non comme un équilibre entre la manie et la mélancolie qui est le compte-rendu d'un fait plus profond, mais comme une situation de choix instable dont le malade n'a pas conscience, mais qui se joue dans la variété des thèmes et des attitudes.

Dans ce cas, le comportement lui-même est l'anxiété. Pour cet auteur, le malade ferait plutôt un état mixte, qu'un état maniaque ou mélancolique, peut-être parce qu'il lui permet "d'agir et d'annuler l'anxiété", dans un examen constant et jamais résolu des possibilités d'expression. Il conçoit l'état mixte comme une préparation paroxystique à l'expression et le situe au carrefour des psychoses.

"L'angoisse de fond de la P.M.D. est une angoisse vitale de partage entre l'existence optimiste et sa contre-partie, la répression morale ; elle est à ce niveau angoisse de mort ; au cours de l'état mixte, ce partage n'existe pas, l'état mixte est une mise à distance d'un tel problème. Dans l'état mixte toutes les solutions sont possibles en même temps et le choix reste impossible.

L'anxiété se définit donc dans l'état mixte à travers les potentialités d'un choix toujours joué, mais jamais fait ; le comportement lui-même est l'anxiété ; alors que dans la manie ou la mélancolie, l'anxiété se définit à travers une fuite ou une concentration douloureuse".

Pour cet auteur (15) "L'anxiété de l'état mixte est le choix, dans l'activité stérile qui consiste à tout embrasser sans rien êtreindre, à se donner dans une atmosphère de rêve ou de récit toutes les possibilités".

RACAMIER et BLANCHARD dans un article remarquable sur la psychopathologie de la manie dans ses rapports avec la dépression : "De l'angoisse à la manie", soulignent que (105) "Ce qui caractérise un maniaque, c'est moins l'excès de son euphorie que son incapacité d'être sérieux, son incapacité d'être autrement qu'euphorique".

"De même, qu'il est incapable de s'arrêter à ses pensées et à ses émotions, le maniaque est incapable de se fixer à ses objets... Le maniaque tenu pour un champion du contact à autrui, est au contraire un des êtres qu'il est le plus difficile d'aborder dans une relation authentique".

La psychanalyse nous explique la manie comme une défense mobilisée par l'angoisse , la phénoménologie nous la montre

comme un chef d'oeuvre de facticité. La clinique relie étroitement cet état au fond dépressif et anxieux d'où elle surgit ; il y a transmutation de l'état psychique de la mélancolie à la manie : cette transmutation est incomplète sans cesse remise en question dans les états mixtes.

Ces auteurs écrivent (105) "De l'angoisse à l'extase, tel est, en vérité le chemin parcouru par le maniaque. L'angoisse apparaît comme le terme nécessaire à partir et à l'encontre duquel s'édifie la crise de manie". Pour eux "La mélancolie est le seul produit primaire de la P.M.D. et la manie lui est toujours secondaire". "Toutefois, ce passage, dont nous avons indiqué le dynamisme et le sens, ne laisse pas d'être parfois imparfait, comme inachevé et c'est alors qu'apparaît l'état mixte, qui trouve ainsi sa place naturelle dans la trajectoire qui, prenant l'angoisse pour tremplin et repoussoir, mène de la mélancolie à la manie".

Ils soulignent, en outre, au cours des états mixtes le phénomène de dénégation : après avoir ressenti une intense angoisse, le malade nie le fait qui a provoqué cette angoisse, dans d'autres cas l'objet de son anxiété n'est pas réprimé mais il supprime l'affect qui l'animait originellement. Dans ces états, tout se passe comme si le mouvement qui mène à la manie restait inachevé.

DAUMEZON et LANTERI-LAURA ("L'état mixte est-il une notion

psychiatrique utile ?" 1961) se demandent si cette mise à distance, traduite par la coexistence des symptômes, ne renvoie pas à un processus plus profond. Ils émettent l'hypothèse qu'elle est la traduction d'un trouble de l'investissement affectif qui oblige le sujet à se porter vers l'aspect, faute de ne pouvoir investir l'être. Pour eux, cette impossibilité n'est pas spécifique de l'état mixte, où pourtant elle s'exprime le plus électivement, mais est la trame de toute la symptomatologie maniaco-dépressive. Prenant pour exemple la perte de la vision mentale chez le mélancolique, ils en feront la traduction presque brute de cette impossibilité d'investissement.

Dans la littérature étrangère récente, nous avons trouvé plusieurs travaux mettant en évidence la fréquence des symptômes dépressifs au cours d'états maniaques.

Ce sont, tout d'abord les études de B. JOEL KOTIN et de ses collaborateurs qui, en 1972 aux U.S.A., ont observé 70 maniaques et noté chez la majorité d'entre-eux des traits nets de dépression.

Pour ces auteurs, ces observations paraissent incompatibles avec les descriptions classiques de manie et de mélancolie, considérées comme des tableaux "opposés".

(77) "Ainsi REDLICH et FREEDMAN ont décrit la manie comme un miroir de la dépression. L'affect de base est l'état d'esprit euphorique, dans les formes les plus pures, ces patients sont

heureux, insouciants ; COHEN notait que "les patients maniaques manifestent exaltation et irritabilité, une logorrhée, une fuite des idées et une activité motrice accrue. Les patients dépressifs présentent au contraire, une humeur dépressive, un ralentissement moteur et psychique et quelquefois sont agités et inquiets". Dans la plupart des descriptions de P.M.D., on trouve celle des états mixtes dans lesquels manie et mélancolie peuvent survenir ensemble, mais cela est généralement considéré comme peu commun.

WINOKUR et ses collaborateurs notent que des périodes de dépression durant de quelques minutes à plusieurs jours surviennent dans 68 % des épisodes maniaques observés, toutefois, ils distinguent ces états des "états mixtes". Mais, revenons à l'étude de KOTIN qui nous a paru intéressante tout d'abord par la méthodologie utilisée, ensuite par les résultats obtenus.

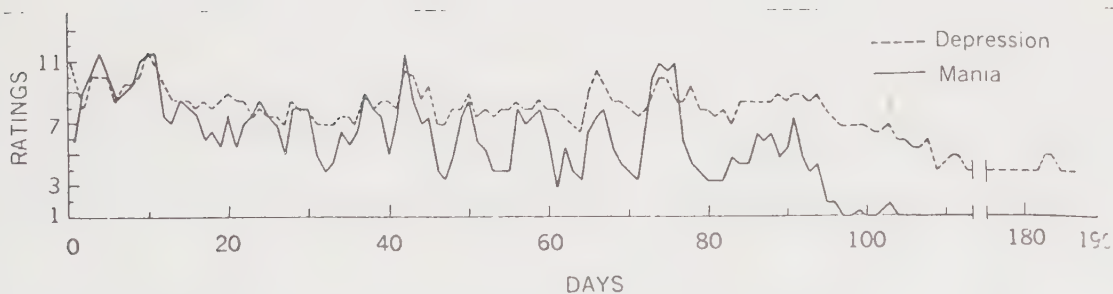
Chaque malade était vu à l'arrivée par deux psychiatres et pendant son hospitalisation une équipe d'infirmières spécialisées cotaient les symptômes du malade deux fois par jour. Chaque membre de l'équipe cotait chaque item de 1 à 15 sur l'échelle désignée pour l'évaluation de la dépression et de la manie.

Vingt malades ont été choisis pour avoir présenté des épisodes maniaques authentiques en cours d'hospitalisation (un épisode maniaque étant défini par cette équipe comme une période d'au moins trois jours consécutifs pendant lesquels la note

globale d'estimation obtenue à l'échelle de manie était au moins égale à cinq).

Treize des vingt patients étudiés en phase maniaque avaient des corrélations significatives entre les évaluations de dépression et de manie. Si l'on considère les variations journalières de cotation, ils ont remarqué que les notes obtenues pour la manie et la dépression changent le plus souvent dans le même sens. Pour dix des malades étudiés, l'évaluation moyenne de la dépression fut significativement plus élevée pendant l'épisode maniaque que pendant la période "non-maniaque" en cours d'hospitalisation.

Le graphique suivant est un exemple de ces corrélations significatives entre les évaluations de manie et de dépression, au cours d'une hospitalisation pour un état maniaque.



- ECHELLE D'EVALUATION DE LA DEPRESSION -

- NOTE de 1 à 15 -

A/- Sentiments de désespoir, d'abandon.

B/- Sentiments d'indignité et de culpabilité.

C/- Intérêt porté à la mort ou au suicide.

D/- Activité psycho-motrice :

1°) - Ralentissement parole et mouvements lents, voix basse et monotone, désintérêt pour l'entourage

ou

2°) - Agitation nerveuse, stéréotypée, hyperactivité répétitive, déambule, se tord les mains (l'agitation chez les malades déprimés est également une manifestation de l'anxiété, l'agitation par elle-même n'implique pas la manie).

E/- Apparence dépressive, en y incluant l'expression triste, les pleurs, le laisser aller dans les vêtements et le maquillage.

F/- Plaintes somatiques, perte de l'appétit, troubles du sommeil.

- ECHELLE D'EVALUATION DE LA MANIE -

- NOTE de 1 à 15 -

A/- Humeur classiquement exaltée mais instable ; cependant quelques personnes peuvent se montrer plutôt impatientes, irritables ou coléreuses.

B/- Logorrhée - volume augmenté ou accéléré, quelquefois évoluant vers la fuite des idées avec des pensées trop rapides pour que les enchaînements puissent être faits.

C/- Accroissement de l'activité motrice, en y incluant : la marche, l'écriture et le téléphone.

D/- Grandeur ou assurance trop grande.

E/- Propos, actions ou tenues vestimentaires inappropriées.

F/- Indiscret, provocant, conduite de manipulation, recherche de contact.

Le travail de ces auteurs montre donc que des signes de dépression ont été observés chez chacun des vingt malades étudiés en phase maniaque. De plus, les notes obtenues aux échelles de manie et de dépression ont des corrélations positives pour la majorité d'entre-eux.

Ces travaux vont bien sûr à l'encontre de la notion classique qui veut qu'un malade soit ou bien maniaque, ou bien dépressif. Ces exemples cliniques sont destinés à montrer que la coïncidence des symptômes de manie et de dépression n'est pas artificielle; ils ne sont pas simplement le résultat d'une alternance rapide de l'humeur, ou d'une erreur de cotation, telle l'agitation dans la dépression étant appelée manie.

Bien que l'euphorie soit caractéristique de la manie, ces auteurs pensent qu'elle est parfois absente quand les malades sont déprimés et maniaques en même temps.

Dans ces cas, la manie était néanmoins clairement identifiable par la logorrhée, l'hyperactivité motrice, l'irritabilité, la familiarité, les idées de grandeur et l'instabilité de l'humeur.

La dépression au cours d'un accès maniaque était fréquemment mise en évidence, par l'expression de sentiments d'abandon, de désespoir et par les idées de suicide.

Les perturbations du sommeil, l'irritabilité, l'anorexie et de nombreux autres symptômes sont communs aux deux affections.

D'autres études, faites par BEIGEL et MURPHEY les ont amenés aux mêmes conclusions puisqu'ils ont observé des éléments dépressifs dans la majorité des cas de manie observés. Toujours aux U.S.A., Gabrielle A. CARLSON et ses collaborateurs, étudiant vingt états maniaques ont noté que 55 % de leurs malades présentaient des signes de dépression.

Le même fait est noté par COURT dans un article sur la P.M.D. paru dans le Brit. J. Of. Psychiatry, où il affirme que des traits dépressifs sont communément mis en évidence chez des patients hypomanes et il souligne le fait, qu'aussi longtemps que l'évaluation de ces signes a été faite uniquement sur des présomptions cliniques, les traits dépressifs étaient négligés. Mais, dès que des échelles de mesure évaluant les deux aspects ont pu être utilisées, il a été évident que les deux sont manifestes et il conclue (34) "Mes propres recherches en cours, se servant de "Foulds Symptom. Sign. Inventory" (avec les deux échelles de manie et de dépression) ont confirmé pour moi l'importance de reconnaître la coexistence de symptômes maniaques et dépressifs".

La découverte que les malades sont maniaques et dépressifs au même moment, est compatible avec la majorité des théories psychanalytiques de la manie.

La conception de LEWIN, selon laquelle la manie et la mélancolie sont deux formes de défense contre l'anxiété est compatible avec la possibilité que les aspects de deux modes de défense peuvent apparaître simultanément.

La notion que la manie est une défense contre la dépression a été épousée par M. KLEIN, par COHEN et ses collaborateurs.

Le travail de KOTIN suggère que si la manie est une défense contre la dépression, c'est souvent une défense insuffisante, puisque des symptômes dépressifs peuvent demeurer marquants pendant la phase maniaque.

2°) - Influence de la Thérapeutique

Il est classiquement admis que les états mixtes ne s'observent que rarement, or, les accès mixtes apparaissent de façon beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense.

La notion d'état mixte aurait-elle été plus ou moins désaffectée par de nombreux auteurs qui ne posaient plus ce diagnostic considéré comme dangereux ou dépourvu de sens ? Ou bien assistons-nous à une recrudescence de ces états mixtes ?

Ceux que nous avons observés sont apparus au cours de P.M.D. d'évolution ancienne ; notion déjà présente dans le manuel de KRAEPELIN. Ces malades ont, de surcroît, subi depuis de nombreuses années des traitements chimiques multiples (alternance ou association d'anti-dépresseurs et de neuroleptiques). En effet, si l'on adopte le schéma classiquement décrit d'une psychose "bipolaire", quand un malade passe de la manie à la dépression, il convient de lui administrer des anti-dépresseurs uniquement ; cependant, nombre d'études récentes apportent des arguments intéressants en faveur du "modèle continu" de la P.M.D. (c'est la thèse que soutient H.J. COURT dans un article paru dans le Brit. J. of Psychiatry en Février 1972) qui conduisent à interpréter l'apparition des troubles dépressifs comme le signe d'une évolution favorable vers la guérison et devrait entraîner la mise en route d'une thérapeutique anti-dépressive, sans que le traitement contre l'état maniaque doive être, pour autant, interrompu.

Et, sans vouloir pour autant aborder le problème du traitement de la P.M.D. et des états mixtes, nous avons été amenés à nous demander si la plus grande fréquence avec laquelle nous avons observé ces états, n'était pas due, en partie, à l'influence des traitements chimiques et si ces thérapeutiques ne conditionnaient pas, à long terme, une expression sémiologique nouvelle de la P.M.D.

Au cours de cette affection chronique, les traitements habituels provoquent un raccourcissement de la durée des accès, les "virages" de l'humeur sont obtenus de façon plus rapide. Certains états mixtes nous sont apparus comme des manies ou des mélancolies "décapitées" par ces traitements. En effet, il est fréquent que chez les malades traités depuis de nombreuses années par des neuroleptiques, des anti-dépresseurs, dès les premiers signes d'un nouvel accès le médecin généraliste, l'entourage ou le malade lui-même, modifient le traitement d'entretien et transforment ainsi le tableau clinique de l'accès qui aurait été celui d'une manie ou d'une mélancolie typique.

Les traitements des maniaco-dépressifs par les Sels de Lithium ou le Dépamide, en prévenant la réapparition de bon nombre d'accès devraient nous amener à observer, dans l'avenir, beaucoup moins d'accès mixtes chez les malades qui peuvent bénéficier de ces traitements.

3°) - Comparaison de cette méthode et des approches compréhensives

Dans la première partie de ce travail, nous avons fait un essai d'étude sémiologique objective des états mixtes de la P.M.D. à l'aide de l'"Echelle Abrégée d'Evaluation Psychiatrique".

Cette étude ne représente, en fait, qu'une voie d'approche des états mixtes.

Dans ce chapitre, nous nous proposons de rendre compte d'une série d'études menées dans des voies phénoménologiques, structurales et psychanalytiques qui, si elles ne font que très brièvement mention de la notion d'état mixte, y aboutissent nécessairement à la suite d'une connaissance meilleure des syndrômes manie et mélancolie.

- POINT DE VUE PHENOMENOLOGIQUE -

Le mérite d'un abord phénoménologique de la P.M.D., c'est de poser le problème de l'Etat Mixte en termes non plus de symptômes, mais de structure.

Ces états bénéficient de la synthèse manie-mélancolie des recherches sur l'angoisse à l'intérieur du syndrome maniaque ainsi que du fond commun que chacun s'attache de plus en plus à démontrer.

Dès 1949, SOMMER fait une étude du vécu mélancolique et maniaque ; au cours de ce travail il écrit (114) : "L'opposition phénoménologique remarquable des états maniaques et mélancoliques est, pour nous, un des arguments les plus puissants en faveur du rapprochement de ces états ; ceux-ci ne sont pas étrangers et, pour ainsi dire, indifférents l'un à l'autre ; ils se répondent point par point." "Nous nous demandons si en définitive la situation intérieure des malades et les rapports subjectifs de la manie et de la mélancolie ne pourraient pas être caractérisés de la façon suivante : chez l'un et chez l'autre, il y aurait un malaise intérieur produit par le fait que les instincts de vie et les instincts de mort sont les uns et les autres exaltés, que leur ambivalence et leur intrication sont plus marquées qu'à l'état normal ; l'être serait ainsi placé dans une situation contradictoire et angoissante qui menacerait son unité intérieure. Cette

situation serait insupportable au malade ; il chercherait à en sortir soit, en exagérant volontairement tout ce qui est tourné vers la vie (manie), soit, au contraire, en cherchant à étouffer toutes les tendances vitales par une attitude tournée vers la souffrance, la mort et le néant. Ainsi, en présence de tendances contraires, le malade exagèrerait les unes pour étouffer les autres, afin de sortir de la situation ambiguë où il est placé ; il retrouverait par là, l'illusion de l'unité. Mais ce mécanisme compensateur n'aboutit pas à un résultat parfait et, ni le maniaque, ni le mélancolique ne réussissent à masquer suffisamment le trouble basal pour que nous ne puissions au moins le soupçonner.

Ces vues semblent étrangères à la conception Kraepelinienne. En fait, elles ne font que la renouveler et la compléter. Ce que KRAEPELIN a pressenti, c'est que l'attitude maniaque masquait quelque chose ; certes, elle masquait dans sa conception un déficit d'ordre intellectuel, et c'était par rapport aux observateurs que le déficit basal était dissimulé. Pour nous, le maniaque cache bien quelque chose, mais c'est plutôt par rapport à lui-même. Il ne s'agit plus, comme le pensait KRAEPELIN, d'une exagération de l'"automatisme", mais plutôt d'un mécanisme de défense de la personne et ce qui est masqué n'est pas un déficit d'ordre intellectuel, mais un trouble du sentiment d'être. En outre, cet auteur n'avait pas remarqué que le mélancolique lui-aussi, dissimule un trouble analogue.

Par ailleurs, cette façon de voir donne une nouvelle ouverture sur la théorie des états mixtes.

On comprend bien que la base étant commune ou voisine, les mécanismes de défense puissent, chez certains malades, se succéder l'un à l'autre en un instant, se suppléer, coexister même. Nous ne sommes plus ici sur le terrain rigide de l'automatisme, des troubles de l'idéation, de l'activité, de l'humeur, affectés de signes positifs ou négatifs comme on le voit dans certains schémas représentant des états mixtes, mais sur le terrain souple et dynamique des tendances, des attitudes, des mouvements affectifs, des réactions vitales, des mécanismes de compensation et de défense de l'être. Bien mieux, la situation du malade serait, subjectivement parlant, une situation "mixte" par essence = situation partagée entre deux groupes de tendances contraires, tendances exaltées pathologiquement, qui cherchent à s'exprimer et à se satisfaire, qui composent l'une avec l'autre ou s'affrontent et se combattent, sans que jamais l'une ou l'autre ne triomphe définitivement et cela, malgré les "surchages" du malade dans un sens ou dans l'autre".

Une analyse phénoménologique du monde maniaque a été faite par L. BINSWANGER au cours des années 1931, 1932 ; les six articles parus tout d'abord dans les Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie, furent ensuite réunis (1931) en volume sur le thème "Veber Ideenflucht".

BINSWANGER décrit le monde maniaque en expressions comportementales et temporelles, à l'aide d'un mouvement comme la danse qui n'est pas un déplacement vers un autre point de l'espace mais un enrou-

lement, l'extase d'une fusion de l'objet et du sujet dans un présent immédiat et totalement vécu comme tel.

Puis, il parvient à la notion du monde vécu comme improblématique.

Plus loin, il dira de la fuite des idées qu'elle donne à l'expression sa concision discontinue , obtenue par le saut de l'ellipse.

L'originalité de l'expérience maniaque qui rend compte des bévues du malade doit donc être recherchée dans une modification de la constitution même de l'univers qui n'est pas une réalité en soi mais une organisation impliquant la loi de la transcendance.

Et ainsi, BINSWANGER cerne le problème de la manie dans sa description de la fuite des idées, parvenant ainsi à une authentification du syndrome ; il repose le problème des états mixtes sans apporter de solution explicite mais sous une autre forme.

C'est à propos d'une observation où une malade maniaque va bientôt passer à une phase dépressive, le moment est marqué par un écrit que relate BINSWANGER :

(16) "Très honoré M. X, un de vos sept fils aurait-il l'obligeance de vivre auprès de ma mère ? Je ne le puis plus malheureusement et en suis très triste".

L'incongruité du propos de la malade relativement à son désir de trouver une personne qui tienne compagnie à sa mère âgée de plus de 80 ans et auprès de laquelle elle ne se trouve plus depuis

des années, ne peut être une association d'idées fortuite. Cette idée fait partie imminente de la temporalité de la vie et de son histoire, mais surtout de la structure existentielle de son état maniaque et plus spécialement à cette phase du développement de la vie psychique qui correspond à un passage de la festivité maniaque à la problématique de la réalité, laquelle impose ses exigences quand elle est en train de passer à une phase dépressive.

L'irruption de l'idée chez la malade traduit précisément cette charge qui s'introduit dans son existence et l'émergence de l'idée de donner des soins à sa mère est essentiellement basée sur la structure même de son existence, sur le style de pensée qu'elle implique.

Une telle manière d'être est celle de la dépendance et non plus de la liberté, de sorte qu'ici, c'est la reconnaissance et l'amour filial qui soudainement font irruption.

Ainsi, BINSWANGER contribuant à l'isolement et à la description de tous les aspects du syndrome maniaque, pose comme nécessaire à se réaliser comme telle, l'existence de la problématique face à l'improblématique, de la mélancolie face à la manie et inscrit dans le courant de sa pensée la préoccupation de l'existence des états mixtes sur un plan bien plus structural que nosographique.

L'état mixte apparaît au cours de son analyse existentielle de la manie comme une nécessité, non pas un lieu de passage entre deux

mondes, celui du maniaque et du mélancolique, mais en tant que monde lui-même du problématique et de l'improblématique.

Ce texte de BINSWANGER fut traduit par H. EY dans son étude n° 21 et, à ce propos, il écrit (51) : "L'existence maniaque est une modalité régressive globale qualificativement irréductible aux concepts quantitatifs de la conception classique. Il s'agit d'une profonde modification de la structure temporelle de la vie psychique. Elle est caractérisée par un déchaînement et un élan endiablé des désirs effrénés ou orgiaques".

Ces études phénoménologiques apportent au schéma descriptif de la manie un approfondissement fécond, c'est dans cette perspective que se situe la position organo-dynamiste de H. EY. Cet auteur s'appuyant sur l'analyse phénoménologique des états vécus de manie et de mélancolie souligne l'incapacité du maniaco-dépressif à résoudre l'antinomie fondamentale de son existence, et sa chute à un niveau de destructuration où ne s'offrent à lui que les extrêmes de la damnation ou de l'orgie, de la vitesse ou de l'embourbement dans la durée. Pour cet auteur, il est dans la nature même de la P.M.D. de livrer le malade aux "coups de boutoir de sa nature antinomique" (H. EY)

La perspective organo-dynamiste de la manie (53) "montre la conscience maniaque comme altérée et diminuée (c'est ce qui constitue la structure négative et formelle) mais aussi, comme organisée par un courant de significations qui constitue une expérience originale

des relations humaines (c'est ce qui constitue sa structure positive). La dialectique qui unit ces deux dimensions vitales de l'état maniaque unit l'impuissance à un besoin : impuissance de s'arrêter et besoin d'aller toujours de l'avant. C'est en ce sens que la structure de la manie est essentiellement temporelle".

En ce qui concerne la mélancolie, STRAUSS (1928), MINKOWSKI (1930), DIGO (1942) ont mis en évidence l'altération profonde de la structure temporelle, cette structure étant symétriquement inverse de celle de la manie.

H. EY, dans son étude n° 22, fait une analyse de la mélancolie et en décrit la structure négative constituée par (53) "la perte de l'activité synthétique de la pensée, le trouble de la conscience, la destruction temporelle éthique de la conscience mélancolique inverse de celle de la manie, en constitue aussi le trouble fondamental. Il s'agit d'une lenteur et même d'un arrêt du temps vécu. Le mélancolique est fixé dans une temporalité déstructurée qui a perdu son élan vers l'avenir et est toujours ramenée vers le passé. Le temps est et doit être pour lui une perspective de mort".

La structure positive englobe "la tragédie de l'existence, le monde des phantasmes de l'angoisse originelle, l'anxiété métaphysique et le besoin de se soumettre à une sorte d'impératif catégorique de malheur et de mal".

BINSWANGER (1960) insiste sur (16) "l'impossibilité pour le mélancolique de glisser des rétentions aux protensions des objets temporels qui constituent les mouvements mêmes de l'existence psychique, d'opérer les transitions intentionnelles par lesquelles passent ses moments intentionnels".

Kurt SCHNEIDER, lui, réduit la mélancolie au noyau d'une angoisse vitale (LOPEZ IBOR).

La manie et la mélancolie ne doivent pas être considérées comme deux unités pouvant s'ajouter ou s'associer, il faut plutôt les considérer comme deux aspects d'une même structure conflictuelle de la conscience. Ecoutons H. EY qui dit (51) : "Selon les analyses existentielles de BINSWANGER, c'est la structure même du conflit qui définit ces troubles comme une forme d'existence toute entière dirigée vers l'abandon des soucis des règles morales et des lois de la "dure réalité" (manie) ou vers l'asservissement complet aux lois du devoir, à l'impératif catégorique de l'interdiction (mélancolie). Mais, pour autant que puisse être "d'une seule pièce" cette forme d'existence maniaque ou mélancolique, elle suppose toujours la possibilité de l'autre "Dasein", elle l'implique même. Le maniaque qui "joue" et "se joue" de tout, qui se lance à corps perdu dans l'aventure d'une course effrénée vers l'infinité du désir et de l'insouciance, garde "au fond de lui-même" comme le "repoussoir" de son propre abandon, de sa volatilité et de sa légèreté, les exigences et le poids d'une contrainte qui est seulement dans et par son optimisme euphorique

"déjouée". C'est relativement à cette obligation trop impérieuse et trop insupportable pour n'être pas "présente" chez le maniaque (puisqu'elle confère à son existence sa signification) qu'il se constitue en personne, en homme "maniaque". On comprend qu'au milieu de la crise maniaque sourde, ou seulement assourdie, puisse surgir et transparaître comme pour atténuer l'indécence de ce dionysiaque scandale".

Messieurs DAUMEZON et BENOIT dans un article paru en 1956, mettent au premier plan de cet phénoménologique de l'état mixte, un vécu d'humour au sens Kierkegaardien du terme, une ambiguïté traduisant un vécu de toute la situation dans laquelle se débat le sujet. Pour ces auteurs, les états mixtes des préséniles exprimeraient la dérision de la personne devant une débâcle existentielle qu'il sentirait plus ou moins confusément. Ils parviennent à l'idée que l'état mixte est une forme de vécu particulière, observée plus fréquemment dans la P.M.D., mais que l'on peut retrouver dans des formes psychiatriques très diverses (37) "Il semble que les analyses de BINSWANGER aboutissent à comprendre les tableaux de la maniaco-dépressive comme autant de réactions à une situation fondamentale d'ambiguïté, et cela est aussi vrai du tableau maniaque, fuite dans la futilité, que du tableau mélancolique d'ensevelissement dans le deuil. Ainsi, suffira-t-il que la personnalité du sujet soit un peu plus menacée, pour qu'en face, des formes de camouflage achevées de l'ambiguïté que sont la manie et la mélancolie, apparaissent des états mixtes".

Quatre ans plus tard, G. BENOIT reprend cette étude phénoménologique de l'état mixte ; pour cet auteur, la conséquence de la

symptomatologie superficielle de cet état, à savoir la coexistence des symptômes de manie et de mélancolie et de l'indifférence affective, est l'absence d'anxiété du fait que les problèmes contraires se posent en même temps. L'état mixte pose le problème du choix qui reste impossible pour le malade, toutes les solutions étant possibles en même temps. Pour cet auteur, le malade en état mixte garderait une certaine distance par rapport à ses symptômes et il écrit (15) : "Rien ne se résoud dans l'état mixte, rien n'apparaît de nouveau ; les problèmes affectifs stagnent dans un illusoire accès paroxystique, l'homme mixte reste en-deça de ces réalisations morbides que sont la manie, la mélancolie ou la mélancolie anxieuse. Il existe en tant que maniaque possible ou mélancolique possible, mais il ne s'engage jamais à fond dans aucune de ces directions. Ni déchiré, ni ambivalent, ni oscillant, l'homme mixte prend connaissance de manières d'être au monde, qu'il sait annuler par d'autres qui, dans cette confrontation, disparaissent aussi ; malade, il s'installe dans ce vécu stérile mais sans problèmes et qui possède une profonde originalité. L'anxiété n'y apparaît à aucun moment et le présent se renouvelle sans effort, sans rien apporter, il est en effet bloqué dans un temps figé. C'est un vécu de non participation à un drame déroulé à un niveau morbide, drame auquel le malade est, à la fois, spectateur et acteur et qu'il ne peut même pas transporter dans la fausse réalité de l'imaginaire sous la forme de réalisations paroxystiques".

- POINT DE VUE PSYCHANALYTIQUE -

Aborder la manie et la mélancolie d'un point de vue psychanalytique, permet une meilleure compréhension du problème et constitue, dans l'évolution actuelle, une perspective que nous ne devons pas négliger.

Les premiers travaux psychanalytiques consacrés à la P.M.D. remontent à 1911. C'est K. ABRAHAM qui aborde cette question dans un article consacré à l'investigation psychanalytique et au traitement de la folie maniaco-dépressive et des formes voisines.

Il mettra en évidence le fait que, dans les états dépressifs, la perte de l'objet déclenche une agressivité extrême et le mécanisme frustration-agressivité-culpabilité trouve ici sa première application.

Plus tard, les sentiments de culpabilité et les tendances masochistes sont érotisées et permettent des satisfactions passives.

Quelques années plus tard (1917), FREUD part dans son travail de la comparaison entre le deuil et la mélancolie.

Dans le deuil, la perte de l'objet aimé exige que toute

la libido qui était investie sur lui, s'en détache. Il s'ensuit une lutte difficile et le "travail" du deuil aboutit à une véritable "satisfaction hallucinatoire" accordée et introjectée par l'objet perdu. L'issue de ce processus est la victoire du principe de réalité sur cet objet perdu et introjecté.

Le mélancolique, s'il sent qu'il a perdu un objet est inconscient de ce qu'il a perdu (LEBOVICI) (59)

"Mais la libido libérée se retire dans le Moi et n'est pas dirigée vers un autre objet" (FREUD S.)

La libido permet d'établir une identification du moi à l'objet abandonné ; ainsi "l'ombre de l'objet tombe sur le Moi" (image de FREUD que l'on trouve citée dans de nombreux travaux psychanalytiques consacrés à la Mélancolie).

Le Moi en est réduit à être critiqué par une faculté mentale spéciale, analogue à l'objet qui l'a abandonné.

La perte d'objet aboutit donc à une perte dans le Moi.

FREUD montre que le conflit entre le Moi et l'objet aimé qui l'abandonne est transporté chez le mélancolique à l'intérieur de son Moi, lui même appauvri par l'identification à l'objet qu'il aime et dont il est abandonné.

La mélancolie est caractérisée par la régression d'investissements objectaux aux positions les plus primitives orales et narcissiques de la libido.

Un autre aspect important de la mélancolie est, selon FREUD, la régression à partir d'un objet d'amour choisi narcissiquement jusqu'aux positions purement narcissiques.

FREUD compare la névrose obsessionnelle et la mélancolie, écrit (59) : "Si l'amour objectal trouve refuge dans l'identification narcissique, pendant que l'objet lui-même est abandonné, alors la haine se détourne contre ce nouvel objet substitut (le Moi), le rail-lant, le dépréciant, le faisant souffrir et trouvant des satisfactions sadiques dans sa souffrance même. Les tourments que s'infligent les mélancoliques et qui leur procurent sans aucun doute du plaisir, signifient -il en est ainsi également dans la névrose obsessionnelle- une gratification aux tendances sadiques et à la haine, toutes attachées d'abord à l'objet, puis retournées contre le sujet."

FREUD montre que le triomphe maniaque est un autre procédé employé par les malades pour lutter contre la perte de l'objet ; il insiste ensuite sur la lente évolution des relations objectales inconscientes chez le mélancolique, en comparaison de la situation simple de perte de l'objet aimé en cas de deuil.

Le conflit d'ambivalence, de nature constitutionnelle ou historiquement déterminée, introduit chez le mélancolique une complication supplémentaire.

FREUD souligne donc chez le mélancolique :

- la perte de l'objet,
- l'ambivalence,
- la régression de la libido et le retournement vers le
Moi.

Il pense que l'ambivalence ne peut seule être invoquée pour expliquer les cycles alternants de la P.M.D.. L'état conflictuel étant le même dans les phases de dépression et d'excitation ; il estime qu'au moment où le travail du deuil est terminé, la libido libérée rend la manie possible.

En 1924, dans un article paru dans le cahier II de "Neven Arbeiten zur arztlichen Psychoanalyse", ABRAHAM étudie surtout l'introjection de l'objet aimé, sur un mode sadico-oral et sadico-anal, dans la mélancolie. "Chez le mélancolique domine la fixation au stade anal. Pour lui, ce stade comporte deux composantes :

- le plaisir à retenir,
- le plaisir à expulser l'objet incorporé en le détruisant.

La phase destructive qui précéderait la phase conservatrice, joue le rôle essentiel dans la mélancolie.

Plus loin, il montre que l'organisation régressive du mélancolique est encore plus primitive et que l'introjection de l'objet d'amour se fait également sur un mode sadico-oral.

Le processus mélancolique apparaît comme expulsion et réincorporation de l'objet aimé.

La régression mélancolique amènerait jusqu'à cette situation du nourrisson au stade oral ; il n'est tout d'abord qu'un désir d'incorporation orale, confond le sein qui donne la nourriture et la bouche qui la reçoit. Il apprend ensuite à mordre et cette incorporation de l'objet mordu est vécue comme le détruisant en même temps.

C'est là que se trouve la racine profonde de l'ambivalence. Donc, la perte de l'objet aimé amène des investissements libidinaux sur le moi, et la haute valeur narcissique de l'objet s'attache au moi qui est, à la fois, valorisé et dévalorisé.

LEBOVICI, au cours d'une analyse des travaux d'ABRAHAM, écrit :

(82) "Ainsi sont mis en évidence les facteurs suivants :

1. - Un facteur constitutionnel qu'ABRAHAM estime être moins l'hérédité maniaco-dépressive similaire que l'érotisme oral.
2. - Des fixations libidinales au stade sadico-oral.
3. - Des blessures légères infligées au narcissisme infantile par des privations répétées d'amour.

4. - Ces blessures sont survenues avant la phase de latence que la psychanalyse décrit au moment de la liquidation de l'évolution oedipienne.

5. - Des répétitions ultérieures de privations d'amour".

L'objet d'amour est devenu le véritable idéal du moi et les idées d'auto-accusation proviennent de cet objet introjecté. Au sujet de la manie, il pense que c'est une orgie de type cannibali-que.

Des travaux psychanalytiques ultérieurs, nous citerons brièvement ceux de SANDOR RADO en 1928, qui insiste sur l'importance du narcissisme chez le mélancolique, et une intolérance importante aux frustrations. Pour lui, la crise mélancolique serait l'ultime tentative du malade pour reconquérir l'objet perdu. Le surmoi représente cet objet perdu ; le mélancolique s'abandonne sur un mode passif et narcissique à un surmoi sadique et punitif. La relation auto-punitive entre le surmoi et le moi est liée, selon lui, aux premières expériences alimentaires. "Un véritable orgasme alimentaire" peut être décrit : il donne au moi ses sentiments de puissance et le mélancolique cherche, vainement, à le restaurer.

Dans les phases de manie, le triomphe résulte de la fusion du moi avec le surmoi.

Le conflit est donc entre le Moi et le Surmoi ; le pardon exige la soumission du surmoi. Ainsi, le moi devient le mauvais objet ; il doit donc se punir et mourir.

La manie peut survenir, elle n'est autre que la fusion d'un moi unifié et d'un surmoi unifié.

Mélanie KLEIN fournit une "contribution à la psychogénèse des états maniaco-dépressifs" en 1924 ; dans cet article, elle présente la notion d'une position dépressive infantile et montre le lien qui rattache cette position aux états maniaco-dépressifs.

Dans la première partie de l'article, elle rappelle sa conception sur le développement des stades oral et anal de l'enfant qui l'unissent à l'objet maternel conçu, à la fois, comme bon objet et mauvais objet.

Pour elle, les objets incorporés à un âge précoce entrent dans la structure du surmoi. Elle expose, ensuite, les exigences internes qui rendent si sévère le surmoi du mélancolique :

(75) - "persécutions et exigences des mauvais objets intérieurs,

- attaques réciproques de ces objets (en particulier dans le coït sadique des parents),

- besoin pressant de remplir les très strictes requêtes des "bons objets", de les protéger à l'intérieur du

moi et de les apaiser, malgré la haine du ça ainsi provoquée,

- incertitude constante, enfin, au sujet de la "bonté" du bon objet".

Tous ces facteurs vont se combiner et donner au moi l'impression d'être la proie d'exigences contradictoires, cette situation étant ressentie sous forme de mauvaise conscience.

Plus loin, étudiant les symptômes hypocondriaques qui sont typiquement dépressifs, elle écrira "qu'ils proviennent des attaques des mauvais objets internes et du ça contre les bons objets, c'est-à-dire, d'une guerre intérieure où le moi s'identifie aux souffrances des bons objets".

L'auteur pense que la Mélancolie est génétiquement liée à la Paranoïa : elle est un désir de restaurer l'objet, alors que la paranoïa est le désir de sa destruction, dans la crainte d'être détruit par lui. Ultérieurement survient la manie qui est caractérisée par la négation de la crainte d'être détruit par l'objet et la crainte de le détruire.

Pour Mélanie KLEIN, le sentiment de toute puissance et le mécanisme de négation sont les principaux aspects caractéristiques de la manie.

H. DEUTSCH, dans "Zur Psychologie du manisch-depressiven Zustände" (I.Z.P.A. (297) Vol. XIXe, 1933) pense que cette négation se rattache à la phase phallique et au complexe de castration.

Pour M. KLEIN (75), "l'origine du mécanisme de négation se trouve dans la phase très précoce où le moi, encore peu développé, essaye de se défendre contre l'angoisse la plus écrasante et la plus profonde de toutes, contre la peur des persécuteurs intériorisés et du ça. Cela revient à dire que la toute première négation est celle de la réalité psychique ; après quoi, le moi peut étendre la négation à une bonne partie de la réalité extérieure".

Pour elle, (75), "Le moi, dans la manie, effectue un compromis analogue dans sa relation aux objets réels. L'avidité à l'égard des objets, si caractéristique de la manie, montre que le moi conserve un des mécanismes de défense de la position dépressive, l'introjection des bons objets. Le sujet maniaque nie les diverses formes d'angoisse qui découlent de cette introjection (c'est-à-dire, l'angoisse devant la possibilité d'intérioriser de mauvais objets, ou bien celle de détruire ses bons objets en les intériorisant) ; sa négation ne s'applique pas aux seules tendances du ça, mais aussi à sa propre inquiétude en ce qui concerne la sécurité de l'objet. Nous pouvons supposer par conséquent que le processus par lequel le moi et l'idéal du moi viennent à coïncider (comme FREUD a montré qu'ils le faisaient dans la manie) se déroule ainsi : le moi incorpore l'objet d'une manière cannibalique (c'est le "festin", selon le terme employé par FREUD dans sa description de la manie), mais nie éprouver de l'inquiétude à son sujet. "Ce n'est sûrement pas très grave", raisonne

le moi, "si cet objet particulier se trouve détruit, il y en a tant d'autres à incorporer". Cette minimisation de l'objet et ce dédain sont, je pense, caractéristiques de la manie et permettent au moi d'opérer ce détachement partiel que nous observons à côté de sa faim pour les objets. Pareil détachement, inaccessible au moi dans la position dépressive, représente un progrès, en renforcement du moi dans sa relation à ses objets. Mais ce progrès est contrarié par les mécanismes plus anciens que nous avons décrits et que, dans la manie, le moi utilise en même temps".

Et plus loin : "Chaque fois que l'enfant retrouve le sein après l'avoir perdu, le processus maniaque par lequel le moi et l'idéal du moi viennent à coïncider (FREUD) se met en marche ; car la satisfaction de l'enfant que l'on nourrit n'est pas conçue seulement comme une incorporation cannibalique des objets extérieurs (le "festin" de la manie comme l'appelle FREUD), elle est aussi la source de fantasmes cannibaliques concernant les objets d'amour intériorisés, et elle se rattache à la maîtrise qui s'exerce sur ces objets. Il est certain que l'enfant sera d'autant plus capable de vaincre la position dépressive qu'il a pu établir, à ce stade, un rapport plus heureux avec sa mère réelle".

Dans un article paru en 1940 sur "Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs (p. 341 à 369), M. KLEIN remarquera que dans le deuil et les états maniaco-dépressifs, la position dépressive infantile est réactivée. Pour elle, l'enfant passe par un état maniaco-dépressif temporaire et par un deuil qui se modifie dans la névrose

infantile. La position dépressive est surmontée quand disparaît la névrose infantile. Pour l'auteur, la différence entre le deuil normal et le deuil pathologique et les états maniaco-dépressifs est la suivante : "Le maniaco-dépressif est celui qui échoue dans le travail du deuil, bien que leurs défenses puissent être très éloignées les unes des autres, ont en commun de n'avoir pu, dans leur première enfance, établir leurs "bons" objets internes et se sentir en sécurité dans leur monde intérieur. Ils n'ont jamais véritablement surmonté la position dépressive infantile".

Dans le deuil normal, cette position est surmontée par des méthodes semblables à celles que le moi avait utilisées pendant l'enfance.

D'autres travaux, sans procéder des vues kleinienne, souligneront, dans le même temps, que la manie est une illusoire victoire sur la dépression toujours sous-jacente.

FEDERN, MASSER-MANN, pensent que le maniaque évite d'arrêter son esprit et de prendre au sérieux ses principales difficultés de naguère ; c'est à quoi lui sert la fuite des idées. Et MM. RACAMIER et BLANCHARD écriront (105) : "Le maniaque ne nous égare que si nous le voulons bien".

LEWIN ne considère pas la manie sous son aspect de "contre-mélancolie" mais sous celui de son euphorie morbide. A propos de la

dénégation chez le maniaque, il pense que l'état maniaque est le contenu manifeste d'un rêve dont le contenu latent serait constitué par l'affect qui précède l'accès et que celui-ci se charge de dénier. L'euphorie hyperactive du maniaque serait donc une défense contre une euphorie passive et comblée, perçue elle-même comme dangereuse car elle renvoie à l'euphorie du nourrisson qui s'endort après avoir été nourri. Le nourrisson éprouverait, à ce moment-là, une expérience de fusion avec la mère, d'engloutissement en elle après qu'il l'ait engloutie sous les espèces du lait. Le maniaque s'arrêterait sur cette voie où il rencontrerait le danger d'être absorbé, anéanti.

Madame AULAGNIER, dans une étude sur l'homme maniaco-dépressif souligne l'impossibilité d'investissement dans la manie et dans la mélancolie. Dans l'intervalle des accès, elle décrit (7) "une impossibilité de l'activité de sublimation par défaut d'apport narcissique par le sujet lui-même... Le narcissisme secondaire n'est vécu par le malade que dans la mesure où il passe toujours par l'intermédiaire de l'objet".

Dans une étude psychanalytique de la Manie, GILLIBERT écrira (61) : "La manie et la mélancolie sont du sacrifice dans la mesure où la douleur (morale) vaut comme un contre-investissement narcissique, maintenu dans la mélancolie, levé dans la manie. Mais avant douleur et sacrifice, il y a meurtre et tentative de faire disparaître la trace du meurtre : le sacrifice douloureux intervenant là pour détourner toute vengeance de mort : payer pour le meurtre, lui donner

une trace visible, pensable". GILLIBERT présente l'état maniaque comme un état amoureux exacerbé mais sans le don d'amour (61) : "L'objet est perdu, car dans cet extrême de l'état amoureux, on devient criminel sans remords : "Je n'ai pas tué l'objet puisque le voilà, le voilà, le voilà....." comme objets psychiques, irréels, substitutifs, venus du ça et projetés sur des objets "réels" mais morts parce que menaçants et menacés".

"FREUD, en faisant valoir que la mélancolie était le deuil pathologique qui précède tout accès maniaque, dit bien qu'à un certain moment tout le contre-investissement douleur de la mélancolie se trouve disponible.

Masochisme primaire et sadisme primaire coexistent : ils sont le même. Mais encore une fois, y a-t'il vraiment deuil ? N'y-a-t'il pas plutôt configuration d'un sadisme primaire avant tout deuil et qui ne s'explicité, ce sadisme primaire, qu'au moment où l'objet est détruit ? Ne s'explicité, mais n'en pré-existe pas moins à cette explicitation psychique".

Plus loin, il précise que (61) "Le sadisme dans la manie ne fait pas "souffrir" comme le sadisme dans la mélancolie. C'est que je crois qu'il s'agit d'un sadisme primaire, celui du ça et pas encore celui du sur-moi comme dans la mélancolie où ce sur-moi n'est que l'incorporation d'une image, c'est-à-dire, d'un objet mort, inclus et réifié sous le signe du mortuaire".

Pour LAGACHE, l'objet perdu serait, dans la mélancolie, projeté à la fois sur le moi et sur le surmoi maternel. L'identification de cet objet apparaîtrait comme une tentative d'apaisement de la culpabilité à vivre. Pour lui, le travail du deuil est une tentative de dégagement qui vise à permettre la libération du surmoi de l'objet perdu ainsi que le retour à la vie et au réinvestissement libidinal.

Ces diverses données psychanalytiques se complètent et nous assistons à un approfondissement de la dynamique interne des états maniaco-dépressifs, allant vers une intégration conceptuelle de plus en plus complète de l'expérience vécue de la manie et de la mélancolie.

Cette revue rapide des études phénoménologiques de la manie et de la mélancolie nous montre que, dans les différentes disciplines et quelle que soit la voie d'abord du problème, on ne peut définir la manie sans son antithèse dépressive et de même pour la dépression. Ainsi, les études phénoménologiques de la manie sont-elles plus nombreuses que celles de la mélancolie, cependant, chaque phase a recours à la dépression et s'en sert comme moyen de description ; les études psychanalytiques, au contraire, sont plus centrées sur le problème de la dépression, cependant, la manie est leur aboutissant nécessaire.

L'on peut voir finalement que ce courant de connaissances, bien différent du courant classique, parvient à un isolement structural de la manie et de la mélancolie qui ne permet plus l'équivoque.

L'existence des états mixtes est postulée à l'aide d'éléments structuraux profonds.

Le diagnostic d'état mixte aujourd'hui est peu porté, même par les auteurs entrés dans la voie de recherche phénoménologique ou psychanalytique ; seuls, pour eux, une connaissance existentielle du malade peut permettre cette dénomination qui prend, dans leur esprit, valeur bien plus structurale que nosographique.

L'évolution historique classique aboutit à une impasse, plus récemment, la notion a été scotomisée. Peut-être est-ce le fait d'un sentiment de perte du sens sémiologique, ou d'un sentiment de la qualité d'hypothèse de la notion considérée sous un jour nouveau ?

V - C O N C L U S I O N

Les états mixtes, déjà entrevus par les aliénistes du XIXe siècle, ont été décrits par KRAEPELIN dans le cadre de la Psychose maniaco-dépressive comme des formes intermédiaires entre manie et mélancolie, caractérisées par la coexistence de symptômes maniaques et mélancoliques au cours d'un même accès.

Nous avons retracé, après bien d'autres, la description de ces états tels que les avait conçus KRAEPELIN.

Cette conception des états mixtes a été l'objet de multiples controverses. Aussi, avons-nous envisagé successivement, l'opinion des auteurs qui ont accepté ou nié l'existence de ces états.

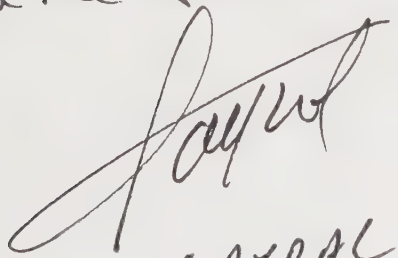
Nous avons été amenés à observer un certain nombre d'états mixtes au cours de P.M.D. et nous nous sommes posés le problème de leur diagnostic.

Nous avons besoin, pour ce diagnostic, de moyen d'appréciation des symptômes rapides et concis, basés sur l'observation du comportement des malades mentaux, afin de diminuer au maximum ce que peut avoir de subjectif un entretien psychiatrique.

Dans ce travail, nous avons utilisé l'"Echelle Abrégée d'Appréciation Psychiatrique" ou B.P.R.S., pour faire une approche sémiologique la plus objective possible des états mixtes que nous avons été amenés à observer. Les études sémiologiques objectives aboutissant à un diagnostic plus précis, permettent donc également d'établir une chimiothérapie beaucoup mieux adaptée à l'état du malade.

Les symptômes qui, d'après notre étude, sont les plus caractéristiques des états mixtes que nous avons observés : anxiété, tension, tendances dépressives et excitation (items 2, 6, 9, 17 de la B.P.R.S.) paraissent justifier comme traitement des états mixtes, une association d'anti-dépresseurs et de Neuroleptiques, en particulier ceux du groupe des butyrophénones ou, dans certains cas, le lithium.

Vu: le Président de Thèse


L.F. GAYRAL

Vu et Permis d'imprimer
Toulouse, le 24.11.75
Le Président de l'Université de Toulouse
J. LARSEN



- BIBLIOGRAPHIE -

- 1) - ABENSON M.H., A model for manic-depressive psychosis, Brit. J. Psychiatr, 1972 (Juillet), 121, 118, 119.
- 2) - ABRAHAM G., Le problème des psychoses mixtes, Annales Médico - Psychologiques, Novembre 1964, 122, n° 4, 481, 490.
- 3) - ABRAHAM K., Notes of the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions, in Selected papers, The Hogarth press, Londres, 1949, 527 p. 137, 156.
- 4) - ANTHEAUME, Les psychoses périodiques, Rapport du congrès des aliénistes, Genève - Lausanne, 1907, p. 126.
- 5) - ARNOLD O.H., GASTAGER H., HOFMANN G., Etudes biochimiques, cliniques, psycho-pathologiques des psychoses mixtes, Wien, Z. Nervenheilk, 1965, 22, n°4, 301, 361.
- 6) - ARNOLD O.H., Place nosologique du groupe des psychoses mixtes. (Limites entre Schize et les phénomènes maniaco-dépressifs), Wien, Z. Nervenheilk, 1966, 24, n°1-2, 14-20.

- 7) - AULAGNIER P., Remarques à propos de la structure maniaco-dépressive.
Recherche sur les maladies mentales, Imprimerie Municipale 1961.
- 8) - ARNAUD F., Psychoses périodiques et intermittentes, Traité de
Gilbert Ballet, 1903, p. 576, 617.
- 9) - BALLET G., Traité de pathologie mentale, Doin Edition, Paris, 1903.
- 10) - BALLET G., Schématisation et nomenclature des formes mixtes de la
psychose périodique, communic.au congrès de Nantes, 1909, in Encéphale
1909, II, p. 362.
- 11) - BARUK M.H., La forme criminologique de la psychose périodique,
Etude médico-légale, p. 156, 158, Annales médico-psychologiques, 1961,
Tome 1.
- 12) - BEIGEL A., Unipolar and bipolar affective illness, Difference in
climical characteristics accompanying depression, Arch. Gen,
Psychiatry, 24, 215-20, Mars 1971.
- 13) - BELLAK L., Manic depressive psychosis, Grune et Stratton, Ed.New-York,
1952.
- 14) - BENOIT G., "L'état mixte de la P.M.D.", Thèse Paris, 1956, n° 489.

- 15) - BENOIT G., "L'état mixte de la P.M.D.", Annales médico-psychologiques, 118e année, T II, Novembre, 1960, p. 637, 678.
- 16) - BINSWANGER., Veber ideen flucht, Archives Suisses de neurologie et de psychiatrie, 1931, 1932, T 28, T 29, T 30, Traduction de Ey. in. Et. of psychiatriques T III.
- 17) - BORGNA E., The human condition in mélancholia, G. Psichiatr. Neuropatol, 1969, 97, p. 31, 59.
- 18) - BROCHERIOU J.M., "Contribution à l'étude des états mixtes de la psychose maniaco-dépressive", Thèse, Paris, 1955, n° 368.
- 19) - BROUSSOLLE P., GRUNTHALLER C., Rupture d'un rythme maniaco-dépressif, Ann. méd. Psychol, Avril, 1965, 123, n° 4, 665, 666.
- 20) - BUNNEY We., The "Switch process" in manic-depressive illness; I.A. systematic study of sequential behavioral changes, Arch. Gen. Psychiatry, 1972, 27, Septembre.
- 21) - BUREAU G., SAULNIER M., Les états mixtes, La médecine, 1955, n° 2, p. 31.
- 22) - CAMERON D.E., Some relation ships between excitement, depression and anxiety, The amer. J. Of. Psychiatry, 1945, 102, p. 335.

- 23) - CAPGRAS H., DAUMEZON G., Syndrôme de Cotard atypique, A.M.P., 1936, II, p. 806.
- 24) - CARLSON G.A., GOODWIN F.K., "The stages of mania. A longitudinal analysis of the manic episode", Arch. Gen. Psychiatry, 28 (2), 221, 229, Février, 1973.
- 25) - CARLSON G.A. et COLL., Follow-up of 53 bipolen manic-depressive patients, Brit. J. Psychiatry, Février, 1974, 124, p. 134, 139.
- 26) - CARRIER J., Traitement de la mélancolie, Encyclopédie médico-chirurgicale Psychiatrie, T. 2, 37 210, A 20.
- 27) - CHILAND C., BEQUART P., Traitement au long cours des états psychotiques (Colloque international de Paris, Février, 1972). Privat édit, Toulouse, 1974, 479 p.
- 28) - COHEN M.R. et COLL., An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis, Psychiatry, 1954, 17, n°7, 103, 1037.
- 29) - COHENS S.M. et COLL., Relation ships of schizo affective psychosis to manic depressive psychosis and schizophrenia, Findings in 15, 909 veteran pans, Arch. Gen. Psychiatry, 1972, 26, Juin.
- 30) - COURBON P., Etats mixtes de la psychose maniaco-dépressive, Manie dépressive et manie taquine, Encéphale 1909, I, p. 555.

- 31) - COURBON P., Contribution au diagnostic des états mixtes de la psychose maniaco-dépressive, A.M.P., 1914, I, p. 398.
- 32) - COURBON P. et MARS L., Syndrôme mixte d'hypocondrie, A.M.P., 1935, I, p. 84.
- 33) - COURT J.H., Manic depressive psychosis an alternative conceptual model, Brit. J. Psychiatr, 114, 15, 23, 30, Décembre, 1968.
- 34) - COURT J.H., Manic depressive psychosis, Brit. J. Psychiatry, Mars, 1969, 115, p. 372, 373.
- 35) - COURT J.H., The continuum model as a resolution of paradoxes in manic-depressive psychosis, Brit. J. Psychiatr, 120, p. 133, 141, Février, 1972.
- 36) - DA ROCHA., La psychose maniaque-dépressive, A.M.P., 1906, II, p. 250.
- 37) - DAUMEZON G., BENOIT G., Critique et intérêt de la notion d'état mixte, Congrès des aliénistes et neurologistes LIVE session, Bordeaux, 1956, compte-rendu Masson, p. 436, 440.
- 38) - DAUMEZON G., LANTERI-LAURA G., L'état mixte est-il une notion psychiatrique utile ? Annales médico-psychologiques, 1961, T I, p. 146, 156.

- 39) - DELAY J., Les dérèglements de l'humeur, P.U.F., Paris, 1946.
- 40) - DEMARET A., Manic-depressive psychoses considered from the ethnological view point, Acta Psychiatr, Belgique, 1971, 71.
- 41) - DENY G., CAMUS P., La folie intermittente, Baillière Edit., Paris, 1907.
- 42) - DERON R., Le syndrome maniaque, Paris 1928, Doin Edit.
- 43) - DETRE T. et COLL, Hypersomnia and manic-depressive disease Ann. J. Psychiatry, 1972, 128 Apr.
- 44) - DIGOR R., Etude clinique de la mélancolie, E.M.C. Psychiatrie Tome 2, 37 210 - A 10.
- 45) - DOMERGUE A.J., Analyse des états mixtes observés au cours de la folie à double forme et circulaire. Thèse Lyon, 1938, n° 150
- 46) - DONNET J.L., Manie, E.M.C. Psychiatrie, Tome 2, 37 200, A 10.
- 47) - DUCHENE H. et AZOULAY J., Psychose Maniaco-dépressive, E.M.C. Psychiatrie, T.2, 37 220, A 10.
- 48) - DUFOUR H., SCOTTO J.C., LUCCIONI H., SUTTER J.H., Les sels de lithium en thérapeutique psychiatrique. Ann. Méd. Psychol., 1971, 1, p. 246-252.

- 49) - DUJARIER L., A propos du traitement des maniaco-dépressifs
Rev. Franç. de Psychanalyse, Mars 1972, 36, n° 2, 227-248.
- 50) - ENACHESCU C., Aspects of pictorial creation in manic-depressive
psychosis. Confin. Psychiatr. 14(2), 108-143, 1971.
- 51) - EY H., Manie Etude n° 21, Mélancolie Etude n° 22, Les Psychoses
Périodiques maniaco-dépressives, Etude n° 25,
Etudes Psychiatriques, Tome 3, Desclée de Brower, 1954.
- 52) - EY H., Le problème des "psychoses endogènes" dans l'école de
langue allemande, Evolution Psychiatrique, 1956, p. 951
Fascicule IV (Oct. Dec.)
- 53) - EY H., BERNARD P., BRISSET Ch., Manuel de Psychiatrie,
4e édition, 1974, Masson Edit.
- 54) - FENICHEL O., La théorie psychanalytique des névroses, traduit par
Schlumberger. P.U.F. Paris, 1953, 2 vol. 835 p.
- 55) - FERNANDEZ F.A., Especialidad y temporalidad del hombre maniaco,
Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiat., 24 : 176-180, Sept. 1965.
In Digest Neurologie et Psychiatrie, April 1966.
(The Institute of living, Hartford, Connecticut.

- 56) - FERRON L.P., Evolution historique du concept de P.M.D.
Union Méd. Canada, Juil. 1958, 87, n° 7 - 812-816.
- 57) - FIEVE R.R., Lithium studies and manic-depressive illness
Proc. Ann. Psychol. Assoc., 1972, (60), 135-50.
- 58) - FOUKS, Melle LAMOUZIERE, FERRANT, LAINE, PAGOT, Psychopathologie comparée de l'homme maniaque dépressif, des névroses d'incomplétude et des Schizophrènes. Annales Médico-Psychologiques, 1959, 2e tome, 73-114.
- 59) - FREUD S., Deuil et Mélancolie, Zeitschr. fr. Psychanalyse, 916 IVe
- 60) - GIBSON R.W., COHEN, Dynamique de la personnalité maniaco-dépressive
Ann. J. Psychiatr., Juin 1959 - 115, n° 12, 1101-1107.
- 61) - GILLIBERT J., De la manie : Une étude psychanalytique.
Evol. Psychiatrique, Paris 1970, Juil.-Sept.
- 62) - GOMES DE ARANJO H.A., Quelques remarques sur la phénoménologie de la dépression, Annales Médico-Psychologiques, 1961, Tome 1, 79-96
- 63) - GREEN A., La Nosographie psychanalytique des psychoses, Colloque P.P., Montréal, in Doucet et Laurin "Problématique des Psychoses" 1, 79-96

- 64) - GREGER J. et COLL, Studies during the interval of phasic psychoses
Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. (Leipz). 1972 (Dec), 24, 733-740
- 65) - GRUNBERGER B., Le Narcissisme, Essais de Psychanalyse,
Payot (S.H.) Edit., Paris, 971, 350 p.
- 66) - HALBERSTADT G., Sur un état mixte pseudo-circulaire (manie dépres-
sive suivie de manie improductive), Encéphale (1910) II, p. 452.
- 67) - HALBERSTADT G., Syndrômes anormaux au cours de la psychose
maniaque dépressive, A.M.P., 1930, I, p. 117.
- 68) - HAKIM C., PICHOT P., Le traitement prophylactique de la psychose
maniaco-dépressive par le carbonate de lithium. Intérêt théorique
et pratique de l'étude des variations de la concentration plas-
matique. Ann. Méd. Psychol., 130, (2), 238-245, Février 1972.
- 69) - HARDI I., Reflection of manic-depressive psychoses in dynamic
drawing tests., Confïn. Psychiatr., 1972, 15.
- 70) - HENNE M., TONNEL H., HENNE S., A propos des états mixtes.
Une observation de syndrome de Cotard Maniaque.
Annales Médico-Psychologiques, 1961, Tome 1, p. 318-324.

- 71) - HENON., Mélancolie, E.M.C. Psychiatrie, Tome 2, 37210, A 10.
- 72) - IBORL., P.M.D. et anxiété, Acta.Psych. Neurol, 1952, 27, n° 3/4, 269, 286.
- 73) - KAHN P., La Cyclothymie (de la constitution cyclothymique et de des manifestations), Thèse, Paris, 1909, n° 285.
- 74) - KAHN P., GUICHARD., Un cas de manie akinétique, Encéphale, 1910, II, p. 412.
- 75) - KLEIN M., Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs, 1934, essais de psychanalyse, tr. Marguerite Derrida, Paris, Payot, 1967.
- 76) - KLEIN M., "Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs", 1940, essais de psychanalyse, tr. M. Derrida, Paris, Payot, 1967.
- 77) - KOTIN J., GOODWIN F.K., Dépression during mania : clinical observations and theoretical implications. Ann. J. Psychiatry 129 (6), 679, 686, Décembre, 1972.
- 78) - KRAEPELIN E., Introduction à la psychiatrie clinique, traduit par Devaux et Perklen, Paris, Vigot Frères edit. 1907,

- 79) - KRAEPELIN E., Psychiatrie, 8e édition, Tome III, Leipzig, 1913, p. 1284, 1303.
- 80) - LAMBERT P.A., BORSELLI S., MARCON G., BOUCHARDY, CABROL G.,
Action thymo-régulatrice à long terme du dé dans le
P.M.D., Ann. Méd. Psychol, Octobre, 1971, 129, n° 3, 442, 448.
- 81) - LANGE J., Les maladies mentales eudogènes réactives et la
constitution maniaco-dépressive, Traité de BUMKE, Springer
édition, Berlin, 1928.
- 82) - LEBOVICI S., Contribution psychanalytique à la compréhension
et au traitement de la mélancolie, Evolution psychiatrique, 1955,
fascicule III, Juillet, Septembre, 504, 527.
- 83) - LEULIER H., Manie, E.M.C. psychiatrie, tome 2, 37 200, A 10.
- 84) - LOUKOMSKY I.I., La P.M.D., Ed. Modizina, Moscou, 1964, (analyse
de Koupernik dans Evolution psychiatrique) Avril, Juin, 1965,
30, n° 2.
- 85) - MENDELS J., Relations ships between depression and mania
Lancet, 1971, Février, 1, 342.

- 86) - MENDLEWICZ J., FIEVE R.R., RAINER J.D., FLEISS J.L., Manic-depressive illness :a comparative study of patients with and without a family history. Br. J. Psychiatry, 120 (558) 523→530, Mai 1972.
- 87) - MENDLEWICZ J., FIEVE R.R., RAINER J.D., CATALDO M., Affective disorder on paternal and maternal sides, observations in bipolar (Manic depressive) patients with and without a family history. Br. J. Psychiatry, 122 (566), 31-34, Janvier 1973.
- 88) - MICHAUX L., SAULNIER M., BUREAU G., A propos des états mixtes, Semaine des hôpitaux de Paris, 10 Novembre 1950, 26, n° 83, 4275, 4286.
- 89) - MICHAUX L., L'évolution de la thérapeutique devant la P.M.D., Vie Méd. Juin 1973 (1), 54, n° 21, 2671, 2673.
- 90) - MORGAN H.G., The incidence of depressive symptoms during recovery from hypomania, Brit. J. Psychiatr., 1972, Mai, 120, 537 → 539.
- 91) - NACHIM C., BLANCHART., Reflexions sur le traitement des P.M.D., Ann. Méd. Psychol., Octobre 1966, 124, n° 3, 327, 338.
- 92) - NACHT S., RACAMIER P.C., Les états dépressifs, Etude psychanalytique, Rev. Française de psychanalyse, 1959, 23, n° 5, 567, 605.
- 93) - OGRIEZEK B., La mélancolie d'involution, L'encéphale (1965), LIV n° 1, p. 55 - 75.

- 94) - OULES J., Sémiologie de la P.M.D., confrontation Psychiatrique
(à paraître).
- 95) - PALEM R.M., Les états mixtes et les états transitionnels schizoparanoïaques
Thèse Bordeaux, 1958, n° 79, 110 p.
- 96) - PASCHE., A partir de Freud, Payot édit, Paris, 1969, 284 p.
- 97) - PERROUTY M.P., Un curieux état mixte, Annales médico-psychol., Février,
1962, 120, n° 2, p. 364, 368.
- 98) - PICHOT P., BAILLY R., OVERALL J.E., Les stéréotypes diagnostiques des
psychoses chez les psychiatres français. Comparaison avec les stéréotypes
américains, Vth. International congress of the collegium internationale
Neuro-psychopharmacologicum, Washington, 28, 31 March, 1966.
- 99) - PICHOT P., La nosologie psychiatrique et le diagnostic par ordinateur,
La presse médicale, 75, n° 24, 20 Mai 1967, p. 1269 → 1274.
- 100) - PLUTCHIK R. et COLL., Repeated measurements in the manic-depressive
illness, some methodological problems, J.Psychol, 1968, 70, Septembre.
- 101) - PLUTCHIK R., et COLL., Self concepts associated with mania and
depression, Psychol. Rep, 1970, 27, Octobre, 399, 405.

- 102) - PLUTCHIK R., et COLL., Construction and évaluation of a test for measuring mania and depression, J. Clin. Psychol., 1970, 26, Octobre, 499, 503.
- 103) - PLUTCHIK R. et COLL., Evaluation of manic depressive states with an affect adjective check list, J. Clin. Psychol., 1971, 27, Juillet.
- 104) - PRIEN R.F., CAFFEY E.M., KLETT C.J., Comparison of lithium carbonate and chlorpromazine in treatment of mania, Archive. Gen. Psychiatr. 26, p. 146, 153, Février, 1972, (in. dig. of neurol end psychiatr. instit. of living).
- 105) - RACAMIER P.C., BLANCHARD M., De l'angoisse à la manie (étude clinique et psychopathologique de la manie dans ses rapports avec la dépression)., Evolution psychiatrique, 1957, Fascicule III, Juillet, Septembre, p. 555 → 587.
- 106) - RACAMIER P.C., Psychothérapie dans les psychoses, E.M.C. Psychiatrie, 37819, A 10, 11, 1974.
- 107) - RADO S., The problems of melancholia, Intem. Journal of psychoanalysis, Londres IX, 1928.
- 108) - REMOND., VOIVENEL., Essai sur les valeurs de la conception Kraepelinienne de la manie et de la mélancolie., Annales. Médico. Psychologiques, I, II, 1910, p. 354, 379, 1911, I, p. 19, 51.

- 109) - ROSIER Y.A., MOREAU D., BROUSSOLLE P., LAMBERT P.A., CARON F.,
Gluconate de lithium : vers une disparition complète des rechutes
cyclothymiques ? in. G.M. de France, Tome 80, n° 7, du 16.11.1973,
p. 1124, 1132.
- 110) - ROXBURGH P.A., The present states of lithium therapy in manic
depressive psychosis, Can. Psychiatr. Assoc. J, 1970, 15, Avril.
- 111) - SEGAL H., Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein, Bibliothèque
de psychanalyse, P.U.F.
- 112) - SHOBE F.O. et COLL., Long term prognosis in manic depressive illness,
Arch. Gen. Psychiatry, 1971, 24, Avril, 3347.
- 113) - SILVERMAN G., Lithium as acute treatment of manic depressive illness,
Lancet, 1971, 2, (10 Juillet), 92.3.
- 114) - SOMMER A., Etats maniaques et mélancoliques, Evolution psychiatrique,
1949, Fascicule II, (Avril - Juin), p. 241.
- 115) - STOKES P.E. et COLL., Efficacy of lithium as acute treatment of
manic-depressive illness, Lancet, 1971, 1, 26 Juin, 1319, 25.
- 116) - TAYLOR M., ABRAMS R., Manic states, Arch. Gen. Psychiatr, 2815, 656,
658, Mai, 1973.

- 117) - TONALI P., On the value of phenomenological analysis in individualisation of chronic maniacal disorders and in the definition of their relations with manic-depressive psychosis, Arch. Psicol. Neurol. Psichiat., 29, 43, 68, Janvier, Février, 68.
- 118) - VERMOREL M., PARTCHAM., Aspects cliniques et thérapeutiques des accès maniaques survenant soit isolément soit au cours de l'évolution d'une P.M.D., Ann. Méd. Psychol., Juillet 1959, 2, n° 2, 334.
- 119) - The future for manic-depressive, Br. Med. T., 1971, 3, 14 Avril.

